

BEITRÄGE ZUR SYSTEMISCHEN THERAPIE

Klaus G. Deissler

arbeitsbericht
ifm

institut
familientherapie marburg
1980 - 1985¹

essays - fallbeispiele - interviews - satiren - karikaturen
leitfäden zur durchführung systemischer therapie

copyright
infam, Marburg 1999
Erstveröffentlichung 1985
ISBN 3-925213-00-7

¹ Mit Vorarbeiten 1978 und 1979

Inhaltsverzeichnis

VORWORTE '99 und '85

IV/VI

I. P A T H O S

KARIKATUR	1
VORBEMERKUNGEN	2
PSYCHISCHE KRANKHEIT - GIBT ES DIE?	4
1. Vorbemerkung / Warnung	4
2. Einleitung	5
3. „Psychische Krankheit“ als Denkmodell	6
4. In welcher Tradition steht das „Psychische Krankheitsmodell“?	9
5. Zu welchem Zweck gebrauchen Psychopathologen das Denkmodell „psychische Krankheit“?	12
6. Welche Rückwirkungen hat das „psychische Krankheitsmodell“, auf die Psychopathologen und die Psychopathologisierten?	13
7. Welche Bedingungen erhalten das „psychische Krankheitsmodell“?	15
8. Zusammenfassender Ausblick	17
9. Eine alternative Richtung	18
STELLUNGNAHME der (fam) e.V. zum Entwurf des Psychotherapeutengesetzes 1978	21
DAS MAILÄNDER MODELL	26
Ein Interview mit MARA SELVINI PALAZZOLI	26
SATIRE - Unerwünschter Zwischenzeiler	45

II. Ö K O

KARIKATUR	47
VORBEMERKUNGEN	48
ANMERKUNGEN ZUR ÖKOSYSTEMISCHEN SICHTWEISE DER PSYCHOTHERAPIE	49
1. Definition Ökogruppe	49
2. Die logotypische Ordnung implikativer Prozeßebenen	52
3. Die psychische Befindlichkeit des Individuums	54
4. Kommunikationsvoraussetzungen	55
5. Konsequenzen und Probleme	56
6. „Wie man sich bettet, so liegt man“ oder „the road is how you walk it.“	57
7. Das tägliche Brot der Wissenschaft	59
8. Fazit	59
DIE REKURSIVE KONTEXTUALISIERUNG NATÜRLICHER PROZESSE	63
Entwurf eines theoretischen Modells	64
1. Ausgangspunkt	64
2. Die rekursive Kontextualisierung natürlicher Prozesse - ein systemisches Modell	65
3. Funktionale Differenzierung innerhalb der Prozeßweiten	71
Beispiel für die praktische Anwendung Des Modells - Vorschlag für ein Protokollierungsverfahren	75
1. Kurze Beschreibung der therapeutischen Rahmenbedingungen	75
2. Protokollierungsverfahren	76
3. Unkommentiertes Protokoll einer systemischen Familientherapiesitzung	80

GRUNDLAGEN SYSTEMISCHER THERAPIE	89
Ein Interview mit PAUL WATZLAWICK	89
SATIRE - Das Urei oder von der Suche nach der psychotherapeutischen Weltformel	100
<i>III. JENSEITS</i>	
KARIKATUR	102
VORBEMERKUNGEN	103
JENSEITS VON PARADOX UND GEGENPARADOX	104
Vorwort	104
1. Historische Einflüsse	105
2. Paradoxe Therapie –	106
3. Psychisches Wohlbefinden und psychisches Leiden	114
4. Therapeutische Arbeitsweise	116
5. Zukünftige Forschung	129
6. Therapeutische Ethik	130
KONTEXTUELLE THERAPIE	135
Ein Interview mit IVAN BOSZORMENYI-NAGY	135
SATIRE - Richtlinien zur Vermeidung psychotherapeutischer Erfolge	145
<i>IV. A U T O</i>	
KARIKATUR	147
VORBEMERKUNGEN	148
AUTOSYSTEMISCHE TRANSFORMATION	151
Zusammenfassung	152
1. Vorwort	152
2. Datenerhebung versus Informationsschöpfung	153
3. Trance	155
4. Systemische Utilisierung	160
5. Autosystemische Transformation	161
6. Fallbeispiel	163
HYPNOSYS-Systemische Therapie und Erickson'sche Hypnotherapie eine notwendige Einheit?	179
Ein Interview mit MARC LEHRER und DEBORAH ROSS	179
Thesen zur Systemischen Therapie	197
1. Systemische Therapie steht jenseits dualistischer Wertvorstellungen	197
2. Systemische Therapie macht sich das Systemische Paradigma der Selbstorganisation zunutze	198
3. Systemische Therapie ist ein kokreativer Prozess, der Erstmaligkeit schöpft und Vielfalt fördert	199
4. Systemische Therapie nutzt die Erkenntnisse ökosystemischer und koevolutionärer Epistemologie	199
5. Auftraggeber des Familientherapeuten ist die Familie selbst	200
6. Systemische Therapie verlangt vom Therapeuten ständiges Bemühen um Neutralität	201
7. Systemische Therapie i.e.S. ist ein Wirkungsvolles psychotherapeutisches Verfahren	201
Fazit: Systemische Therapie kann ein Nachteil sein	202

V. A P P E N D I X

KARIKATUR

205

VORBEMERKUNGEN

206

CHECKLISTE für die Abfassung Systemischer Utilisierungen

218

THERAPIEVERLAUFSBESCHREIBUNG

222

V o r w o r t '99

Mittlerweile sind 14 Jahre vergangen, seit ich das vorliegende Buch „Beiträge zur Systemischen Therapie“ zum ersten Mal veröffentlicht habe. Einzelne Kapitel aus diesem Buch sind nun vor über 20 Jahren verfaßt worden. Trotzdem erscheint mir der gedankliche Inhalt heute so aktuell, als wäre er erst heute, im Jahre 1999, neu geschrieben worden.

Dies bezieht sich zum einen auf die Darstellung der Systemischen Therapie, die sich unter stetiger Weiterentwicklung einen festen Platz unter den anerkannten Therapieschulen erobert hat. Das bezieht sich zum anderen auf berufspolitische Stellungnahmen zur Psychotherapie im allgemeinen und zum Psychotherapeutengesetz im besonderen.

Deshalb sei an dieser Stelle besonders auf den Abschnitt über die Stellungnahme der (*fam*) e.V. aus dem Jahre 1978 zum Psychotherapeutengesetz verwiesen. Am 1.1.1999 ist in Deutschland, wie wohl vielen Lesern bekannt, das Psychotherapeutengesetz nach mühseligen 20-jährigen Verhandlungen und Konflikten zwischen den diversen Interessenvertretern in Kraft getreten. Die damalige Stellungnahme der (*fam*) e.V. paßt heute so wie damals zur politischen Diskussion um das Psychotherapeutengesetz.

Mit dem Psychotherapeutengesetz werden in Deutschland Diplom-Psychologen, die sich als Psychotherapeuten betätigen wollen, berufsrechtlich und faktisch, vor allem aber monetär, den ärztlichen Psychotherapeuten weitgehend gleichgestellt. Ein Ziel, für das sie lange gekämpft haben. Dies ist einerseits als Erfolg zu werten. Das Einkommen von psychologischen Psychotherapeuten ist damit abgesichert.

Zum anderen ist zu kritisieren, daß bei der politischen Diskussion und der schließlichen Verabschiedung des Gesetzes das Wohl der Kunden, um die es eigentlich gehen sollte, höchstens an zweiter Stelle stand. Der Preis des monetären Vorteils des erweiterten Zugangs von psychotherapeutisch tätigen Fachleuten ist die Festschreibung von psychosozialen Problemen, die im systemischen Kontext bestehen, als individuelle psychische Geisteskrankheit, die wie eine körperliche Krankheit geheilt werden soll.

Über die Implikationen soll hier nicht weiter „gelästert“ werden. Es sei auf die entsprechenden Kapitel in diesem Buch verwiesen. Deshalb nur so viel an dieser Stelle: Die Festschreibung als psychische Krankheit ist für das Wohlbefinden der Betroffenen kontraproduktiv. Das dadurch geschaffene Bild in der Öffentlichkeit und in den Augen der Betroffenen wirkt für die Betroffenen selbst nicht nur in Richtung die Probleme beibehaltend, sondern sogar verschlimmernd und verhindert darüber hinaus zusätzlich die Beseitigung der vorliegenden psychosozialen Probleme.

Ein weiterer Punkt ist, daß sich jetzt zwar die psychologischen Psychotherapeuten einen privilegierten Zugang zur „Heilkunde“ zusätzlich zu den Ärzten mit dem damit verbundenen gesellschaftlichen Status geschaffen haben. Andere in Frage kommenden Berufsgruppen wie Soziologen, Pädagogen, Sozialpädagogen oder Theologen, um nur die naheliegenden zu nennen, werden jedoch aus der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung ausgegrenzt.

Ein weiterer Punkt, der natürlich an dieser Stelle erwähnt werden muß, ist, daß dieser Zugang zusätzlich dadurch erkaufte wurde, daß die Versorgung der Bevölkerung mit psychosozialen Dienstleistungen bisher nur durch bestimmte Therapieschulen, namentlich Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, gewährleistet ist. Andere ebenfalls in Fachkreisen anerkannte Therapie-

schulen, wie z.B. Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Psychodrama und Systemische Familientherapie werden von der kassenärztlichen Versorgung aus machtpolitischen Gründen und Stände-Lobbyismus ausgegrenzt. Dieser Zustand ist aus sachlich-fachlichen Gründen nicht gerechtfertigt und sollte baldmöglichst geändert werden. Eine Festschreibung von Therapieschulen, die nicht sachlich gerechtfertigt ist, liegt nicht im Interesse der Betroffenen, um die es eigentlich dabei gehen sollte. Es liegt im Interesse von denjenigen, die ihre finanziellen und standrechtlichen Interessen wahren wollen.

Insofern ist zu hoffen, daß vorliegendes Buch regen Anklang findet und einige Ideen auf fruchtbaren Boden stoßen.

Klaus G. Deissler

V o r w o r t '85

Wie der Untertitel dieses Buches besagt, enthält es Essays, Interviews, Karikaturen und Satiren. Die Sammlung dieser „Werke“ gibt einen Überblick über die Arbeiten, die ich als Leiter des **Instituts für Familientherapie Marburg** geschrieben oder mitverfaßt habe.

Mein Anliegen, diese Arbeiten gesammelt als Institutsbericht herauszubringen, ist folgendes: Nach Abschluß meines Studiums hatte ich mich entschlossen, Psychotherapeut zu werden. Ich überlegte mir dabei, daß ich die Grundlagen meines therapeutischen Handelns verstehen und mir erst erarbeiten müsse, um therapeutisch verantwortlich und effizient arbeiten zu können. Während meines Studiums hatte ich diesbezüglich nicht viel gelernt.

Für besonders wichtig erachte ich bei der Erarbeitung der Grundlagen der Psychotherapie den **psychischen Krankheitsbegriff** mit seinen Implikationen, die menschlichen Formen der **Selbstorganisation** sowie **Muster effizienter therapeutischer Interventionen**. Ich glaube, daß es insbesondere für Therapeuten wichtig ist, sich der Implikationen dieser Begriffe bewußt zu sein, wenn sie ihre Arbeit verantwortlich gestalten wollen.

Bei den Themen, mit denen ich mich beschäftigte, habe ich mich wenig um das gekümmert, was erfahrenere Kollegen mir nahelegten oder das, was andere Therapeuten für wichtig erachteten. Das hat zur Folge, daß die von mir vorrangig behandelten Themen subjektiv abgehandelt sind - ich erhebe also keinen Anspruch darauf, daß diese Themen für andere Therapeuten genauso wichtig sind wie für mich.

Beim Durchdenken dieser Themen bin ich soweit gegangen, wie ich es für meinen Erkenntnisgewinn für fruchtbar und für meine therapeutische Tätigkeit nützlich erachtete. Dabei stieß das, was ich dann später äußerte, nicht immer auf Gegenliebe: Ich war naiverweise bei einigen Gelegenheiten völlig überrascht, wenn sich Kollegen durch Satiren oder humorvoll gemeinte Äußerungen verletzt zeigten oder mich darauf gar an meiner Arbeit hinderten. Inzwischen habe ich gelernt, daß man zumindest im psychosozialen Bereich seine Gedanken nicht „ungestraft“ formulieren darf - insbesondere dann nicht, wenn man gegen den Strom schwimmt und dabei noch die Strömung zu nutzen versucht. Aber dieser zum Teil schmerzliche Prozeß hat mir auch erlaubt, eigenständige Gedanken zu entwickeln und für mein Handeln selbst verantwortlich zu sein.

Ich glaube, daß sich dies sowohl in meinen Aufsätzen, als auch in den Karikaturen oder Satiren bemerkbar macht. Was die Karikaturen angeht, so möchte ich einem Mißverständnis vorbeugen: Der eine oder andere Leser mag den Schluß ziehen, daß Personen, die sich in Satiren oder Karikaturen über Kollegen belustigen nicht „reif“ seien, das „ernste“ Geschäft der Psychotherapie zu betreiben. Ich möchte dem 2 Argumente entgegenhalten:

1. Ich glaube, daß eine der wichtigsten Ingredienzen der Psychotherapie gerade der Humor ist. Humor ist derjenige Aspekt menschlichen Daseins, der uns erlaubt, auch ernsthafte, bedrohliche oder ausweglose Situationen von einer anderen Warte her zu sehen: Damit eröffnen sich häufig erst Lösungsmöglichkeiten für Probleme, die bei „verbiesterter“, sich selbst beweihräuchernder Betrachtungsweise nicht offen stehen.
2. Was suchen die meisten unserer Klienten? Sie suchen Wege, ihre Probleme selbständig zu lösen. Sie können dies aber nur, wenn sie sich erlauben, sich selbst und ihre Mitmenschen anders als sie es normalerweise tun, zu sehen. Humor kann dabei lebensrettend wirken.

Für mich gehören bildliche Darstellungen ebenso zur menschlichen Kommunikation wie wissenschaftliche Aufsätze, Sex oder Kunstwerke - es kommt immer darauf an, in welchem Sinnesbereich man sich ausdrücken, was man seinem Partner mitteilen möchte und inwieweit die-

ser bereit ist mitzuspielen. Ich halte es für tödlich, wenn man andere als sprachlich-wissenschaftliche Kommunikationsformen nur deshalb aus dem Alltagsleben verbannt, weil sie dem herkömmlichen Kanon der Wissenschaftlichkeit nicht entsprechen: Lebendige Kommunikation fragt nicht nach Wissenschaftlichkeit!

Schließlich noch ein Wort zur „systemischen Therapie“. Ich erachte es als grundlegend, daß ein Therapeut handwerkliche Fertigkeiten besitzt, die kreativ und geschickt eingesetzt als „Kunstfertigkeiten“ betrachtet werden können. Ich glaube also, daß jeder Therapeut - ob er systemisch denkt oder nicht - zur Gestaltung seiner eigenen Wirklichkeit und insbesondere der Gestaltung der Wirklichkeit seiner Klienten beiträgt. Damit ist der Therapeut also „Mitschöpfer oder Mitgestalter“ individueller, familialer oder sogar sozialer Wirklichkeiten. So gesehen wünsche ich mir vom Leser dieses Buches, daß er die hier gesammelten Beiträge „nur“ als Sichtweisen und Konstruktionen der Wirklichkeit ansieht, die sich auch für mich, den Autor, ständig ändern. Deshalb wird auch dieses Buch nicht ohne Widersprüche sein oder?

DANKSAGUNG

Ohne die vielfältige Unterstützung der Menschen, mit denen ich fachlich und persönlich in den letzten Jahren verbunden war, wäre dieses Buch nicht zustande gekommen. Ich möchte insbesondere denjenigen danken, die mich ermutigt haben, meine Arbeit trotz aller Widrigkeiten fortzusetzen.

Peter-W. Gester danke ich für seine langjährige Mitarbeit, seinen Humor und seine Freundschaft; er hat selbst zu einigen Teilen dieses Buches beigetragen und ohne ihn wäre dieses Buch nicht zustande gekommen. Zu den Kollegen, die mir durch ihre persönliche und fachliche Wertschätzung geholfen und so indirekt zum Zustandekommen dieses Buches beigetragen haben, gehören: Gregory Bateson, Mara Selvini, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo, Dietrich Roloff, Gunthard Weber, Helm Stierlin, Marie-Luise Kunze, Marianne Krüll, Gerald Weeks, Jeffrey Zeig, Paul Watzlawick, Harry Merl, Bert Hellinger, Vera Jughard, Meagan Lawler, Hannelore Noack, Ludwig Reiter, Almuth Massing und Helmut Freyberger.

Mein besonderer Dank gilt Rolf Ahlbrecht und Sigrid Mehrke, die meine karikativen Ideen besser als ich zeichnerisch umzusetzen wußten¹.

Unseren Praktikanten und den Mitgliedern unserer Weiterbildungsgruppen möchte ich meinen Respekt für kritische und hilfreiche Fragen und Beiträge ausdrücken.

Meinen Klienten und ihren Familien danke ich dafür, daß sie mir ihre Probleme anvertraut haben, und ich durch ihre Probleme lernen konnte, Teile des Lebens besser zu verstehen. Nicht allen habe ich in der von ihnen oder mir gewünschten Weise helfen können.

Schließlich danke ich meiner Frau, Marie-Claire Molènes, und meiner Tochter, Natalie, für ihre Liebe, Geduld, Kreativität und Lebensfreude.

Klaus G. Deissler, Marburg im Sommer 1984

¹ Die Karikatur „Das Urei“ erschien original im „Kontext, 1980, 2: 124; „Übertragung und Gegenübertragung phallotherapeutischer Sekrete“ erschien original im „Kontext, 1981, 4: 80. Beide wurden von Rolf Ahlbrecht gezeichnet. Die Karikatur am Ende dieses Buches hat er ohne mein Zutun als ein persönliches Geschenk gezeichnet.

Sigrid Mehrke hat die beiden Karikaturen „Eene, meene Miste ...“ und „Familienbrett oder Therapeutenlineal“ für mich realisiert.

I. P A T H O S



Eeene, meene miste, es rappelt in der Kiste; eene, meene muh, psychisch krank bist du!

Vorbemerkungen

Kapitel I, * **pathos** *, enthält 5 Beiträge: eine Karikatur, einen Essay über die Frage, ob es „psychische Krankheit“ gibt, eine Stellungnahme der Familientherapeutischen Arbeitsgemeinschaft Marburg (fam) e.V. zu einem Entwurf des Psychotherapeutengesetzes des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, ein Interview mit Mara Selvini und eine Satire „Unerwünschter Zwischenzeiler“.

Während diejenigen Wissenschaftler, die sich in ihrem Erkenntnisprozeß am weitesten entwickelt haben, sich mit Fragen der sozialen Selbstorganisation, der Erfindung und Gestaltung der psychosozialen Wirklichkeit sowie der Eigenverantwortlichkeit in diesem Kontext beschäftigen, spielen in den „Niederungen“ unserer Wirklichkeit noch andere Denkmodelle eine Rolle. Was nützt es, wenn ich persönlich die besten Erkenntniswerkzeuge besitze, wenn ich mich meinem Nachbarn nicht verständlich machen kann. Nehmen wir eine Metapher:

Während des letzten Bundestagswahlkampfes machte die Europäische Arbeiterpartei (EAP) mit folgendem Slogan für sich Reklame: „Wir haben das Patentrezept!“ - Selbst wenn dies so wäre, würde dieses „Patentrezept“ nie zum Tragen kommen, weil die EAP nicht die Mittel besitzt, um ihr „Patentrezept“ zu verwirklichen.

Leider - so muß man sagen - ähneln die erkenntnistheoretischen Auseinandersetzungen im psychosozialen Bereich, den Auseinandersetzungen, die sich um das heliozentrische Weltbild rankten. Das Problem derjenigen, die nicht mehr glaubten, die Welt sei eine Scheibe, lebten aber in einer Umwelt, die diesen Glauben in einer Weise vertrat, daß sie damit die Wirklichkeit definierten. Was kann ein Mensch tun, der dem Erkenntnisprozeß anderer voraus ist, wenn er sich nicht der Hybris schuldig machen will? Soll er in die geistige Emigration gehen, soll er auf die anderen herabblicken, soll er sich in kleinen Schritten um die Anerkennung seines Weltbildes bemühen, oder soll er gar mit revolutionären Mitteln seine Wirklichkeit durchdrücken?

In meinem Aufsatz über „psychische Krankheit“ war ich davon überzeugt, daß dieses Denken in psychopathologischen Kategorien gerade das erzeugt, was es vermeiden will - nämlich „psychische Erkrankung“. Bei der Abfassung dieses Aufsatzes war ich noch sehr von SZASZ und HALEY beeinflusst, die beide Vertreter der „Machtmetapher“ sind. Inzwischen halte ich selbst die Machtmetapher für gefährlich (vgl. die Vorbemerkungen zum Kapitel * auto *). Dies ändert jedoch nichts daran, daß ich die Grundidee meines damaligen Aufsatzes nach wie vor für richtig halte: psychosozialen Fachleute werden - um es kraß mit den Worten MINUCHINS zu sagen - zu „psychopathologischen Spürhunden“ erzogen¹. Damit lernen wir Scheuklappen zu tragen, die uns daran hindern, therapeutisch konstruktiv zu arbeiten - wir verstehen uns nur auf die Diagnose dessen, was wir „psychische Erkrankung“ nennen.

Die Stellungnahme der (fam) e.V. stellt in diesem Zusammenhang eigentlich eine Metapher für „Don Quichotes Kampf gegen die Windmühlen dar“. Rückblickend bin ich erstaunt, wie sich die Auseinandersetzungen um den „Entwurf zum Psychotherapeutengesetz“ gestalteten: Der Kern des Problems wurde selten behandelt. Heute glaube ich auch nicht mehr, daß ein Gesetz Prämissen berücksichtigt wird, die sich über die fatalen Folgen des psychischen Krankheitsbegriffs bewußt sind. Diejenigen, die Konzepte wie **Nonpathologie**² oder **Fehlerfreund-**

¹ MINUCHIN, S. & FISHMAN, H.C. (1981): Family Therapy Techniques. Harvard University Press, Cambridge.

² FISCH, R., WEAKLAND, J. & SEGAL, L. (1982): The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly. Jossey-Bass, San Francisco.

* pathos *

lichkeit³ in die gesetzgeberische Wirklichkeitsgestaltung einfließen lassen möchten, werden sich gedulden müssen.

Das Interview mit Mara Selvini Palazzoli beleuchtet einige der eben genannten Punkte. Ansonsten möchte ich dieses Interview für sich sprechen lassen. Frau Selvini ist für mich einfach eine bewundernswerte Persönlichkeit.

³ WEIZSÄCKER, C. von & WEIZSÄCKER, E.U. von (1984): Fehlerfreundlichkeit. In: KORNWACHS, K. (ed.): Offenheit - Zeitlichkeit - Komplexität. Zur Theorie Offener Systeme. Frankfurt, Campus.

PSYCHISCHE KRANKHEIT - GIBT ES DIE? ¹

Klaus G. Deissler

Courageux est le voleur, qui
porte une lampe avec lui.

Französisches Sprichwort

1. Vorbemerkung / Warnung

Der im folgenden Aufsatz vertretene Standpunkt stellt inzwischen üblich gewordene „psycho-soziale Denkweisen“ in Frage; das hier vorgestellte Konzept plädiert dafür, das Krankheitsmodell im psychischen und psychosozialen Bereich aufzugeben. Damit steht dieses Konzept im Widerspruch zur gängigen Forderung, „seelisch Kranke“ mit körperlichen Kranken gleichzustellen - es gibt nach dieser Auffassung keine „seelisch Kranken“, sondern nur bzw. insbesondere „systemische Probleme“ natürlicher (menschlicher) Gruppen, die dazu angeregt werden sollten, diese autonom zu lösen.

Bei den im folgenden Aufsatz vertretenen Argumenten handelt es sich insgesamt gesehen um ein Denkmodell, das einer anderen Erfahrungsstruktur entspringt als das Denkmodell „psychische Krankheit“. Die Auffassung, das Denkmodell „psychische Krankheit“ werde als Verschleierungsstrategie zu bestimmten Zwecken zielgerecht eingesetzt, ist eine Hypothese, die auf der Annahme beruht, daß es „psychische Krankheiten“ nicht gibt.

Der Preis, das Denkmodell „psychische Krankheit“ als Verschleierungsstrategie zu dulden oder gar zu fördern, um eine krankenkassenrechtliche Regelung der Finanzierung von Psychotherapie zu erreichen, ist zu hoch - insbesondere wenn man ein „psychosoziales Krankheitsmodell“ intendiert, um dadurch die Finanzierung der Behandlung von „kranken psychosozialen Systemen“ wie Familien und größeren sozialen Organismen durch die Krankenkasse zu erreichen. Da die Gefahr besteht, daß das „psychosoziale Krankheitsmodell“ als Stigmatisierungsstrategie eingesetzt wird, um autonome Problemlösungen derjenigen zu verhindern, die dieses Problem tragen, ist dieses Modell abzulehnen.

Die implizite oder explizite Behauptung vieler Psychotherapeuten, das „psychische bzw. psychosoziale Krankheitsmodell“ sei unverzichtbare Voraussetzung für ihre Tätigkeit und daß

¹ Original in: „Broschüre zum Gewerkschaftstreffen der DGVT und GwG in Marburg am 20. Mai 1978“: 29-52 sowie in GwG-info 1978, 33: 39-50.

sie darauf angewiesen seien, Psychotherapie über Krankenkassen abzurechnen, stimmt solange, wie diese Therapeuten ihre Tätigkeit als „Heilbehandlung“ definieren und damit eine krankenkassenrechtliche Vergütung ihrer Tätigkeit anstreben. Da es jedoch alternative Definitionen von Psychotherapie gibt, die auch alternative Finanzierungsmöglichkeiten eröffnen, hat die Beibehaltung des „psychischen Krankheitsmodells“ eine doppelt verschleiende Funktion:

1. Hinsichtlich der finanziellen Interessen derjenigen, die ihren Lebensunterhalt durch die Behandlung „psychischer Erkrankungen“ sichern möchten.
2. Hinsichtlich der Einflußnahme auf soziale Systeme, wenn der individualpsychologische Krankheitsbegriff auf größere soziale Systeme (z.B. Familien) ausgedehnt wird. Damit nämlich können Therapeuten, die diese Systeme als krank definieren, therapieren. Was sie ohne die Krankheitsdeklaration offensichtlich weniger gut können.

Einige Passagen des nun folgenden Aufsatzes mögen dem Leser überspitzt erscheinen: Dies mag seinen Grund darin haben, daß ich versucht habe, eine eindeutige Position gegen das „psychische Krankheitsmodell“ zu beziehen, um insbesondere die negativen Wirkungen dieses Modells hervorzuheben.

2. Einleitung

Psychische Krankheit ist in Mode gekommen. Jeder Arzt, Psychotherapeut, Psychiater und Psychologe, der sich auf dem vermeintlich letzten Stand der Wissenschaft wähnt, glaubt der Existenz psychischer Krankheiten Tribut zollen zu müssen. Woran liegt es, daß fast alle, die mit psychischen Phänomenen zu tun haben, den Begriff „psychische Krankheit“ im Munde führen?

Verkürzt gesprochen kann man sagen, daß es um folgende Problematik geht: Seit sich Psychologen und andere Nicht-Ärzte um die Lösung personaler und zwischenmenschlicher Probleme bemühen, wurde die Berufsgruppe der Ärzte auf den Plan gerufen: Mischen sich Psychologen und andere nicht in einen Bereich ein, der ihnen gar nicht zusteht? Dürfen Psychologen und beispielsweise Sozialarbeiter überhaupt psychische Krankheiten behandeln?

1975 erschien die „Psychiatrie-Enquête“; eine der wesentlichen Forderungen der Expertenkommission, die für diese Enquete verantwortlich zeichnet, ist die bessere Versorgung der Bevölkerung mit stationären und ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen. Für die Tätigkeit, die in dieser Art Einrichtung ausgeübt werden soll, fühlen sich insbesondere zwei Berufsgruppen zuständig:

1. Ärzte (Psychotherapeuten und Psychiater)
2. Psychologen (meist mit klinischer Zusatzausbildung)

Worin besteht der in diesem Zusammenhang wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden Berufsgruppen?

1. Die Berufsgruppe der Ärzte heilt nach der Bundesärzteordnung und nach dem Heilpraktikergesetz Krankheiten.

Ärzte sind durch die Reichsversicherungsordnung (RVO) in dieser Tätigkeit finanziell abgesichert: Sie können ihre ärztliche Tätigkeit (Ausüben der Heilbehandlung) durch Krankenkassen vergüten lassen.

2. Die Berufsgruppe der Psychologen darf keine Heilbehandlung durchführen (der Psychologe ist kein Arzt und nach dem Heilpraktikergesetz kein Heilbehandler, (vgl. KÜHNE, H.-H. & SCHWAIGER, H. (1976)). Die Tätigkeit des Psychologen, soweit er versucht, persönliche und zwischenmenschliche Problemlösungen anzuregen, wird demzufolge durch die Reichsversicherungsordnung (RVO) nicht erfaßt.

Die Konfliktlage sieht also so aus, daß wir zwei Berufsgruppen haben, die sich beide um die „Heilung psychischer Krankheiten“ bemühen, von denen eine jedoch von ihrem juristischen Status her gesehen, keine Heilbehandlung durchführen darf.

Die Stoßrichtung der meisten Psychologen-Verbände geht daher konsequent in eine Richtung:

1. Gesetzliche Anerkennung psychologisch-beratender Tätigkeit als Heilbehandlung,
2. Vergütung dieser Tätigkeit i.S. der Heilbehandlung durch Krankenkassen.

Eines dürfte deshalb klar sein: Die meisten etablierten Ärzte sehen ihre Privilegien bedroht. Sie befürchten zu Recht eine „Marktschwemme“ psychotherapeutisch tätiger Psychologen und den Verlust ihrer Vormachtstellung auf dem Gebiet der Heilbehandlung. Diese Furcht hat Folgen: Psychologen, die in psychiatrischen Krankenhäusern arbeiten und teilweise Stationen leiten, dürfen offiziell keine Arztbriefe mehr lesen² und daß Ordnungs- und / oder Gesundheitsämter von Psychologen, die klinisch-therapeutisch arbeiten, verlangen, die Heilpraktikerprüfung abzulegen^{3, 4}.

Welche Bedeutung hat im Zusammenhang mit dieser Auseinandersetzung das Denkmodell „psychische Krankheit“? - In den folgenden Abschnitten versuche ich, dies kurz aufzuzeigen.

3. „Psychische Krankheit“ als Denkmodell

Was ist ein Denkmodell: Kurz gesagt handelt es sich bei einem Denkmodell um eine Abbildung dessen, was wir als Realität bezeichnen. Es bietet sich folgende Analogie an: Ein Denkmodell, das bestimmte psychische Phänomene abbilden will, verhält sich zu seiner Vorlage (zwischenmenschliche Interaktion) wie eine Landkarte zu dem Land, das es abbilden soll. Wichtig ist festzuhalten, daß das Modell nicht identisch ist mit dem, was es abbildet.

² FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 25.01.1978: Therapie nur mit Heilpraktikerprüfung.

³ Sachstandsbericht (über ärztliche Schweigepflicht) für die Konferenz der ärztlichen Direktoren der Psychiatrischen Krankenhäuser der Kliniken des LWV Hessen; Az.: 315.11 1501, 1031195; 12.12.1977.

⁴ Zwar hat sich durch einige Gerichtsurteile bedingt die „Verwaltung der gesetzlichen Wirklichkeit“ durch die genannten Ämter bis heute (1984) etwas verändert, die grundsätzliche Situation ist jedoch die gleiche geblieben.

Bei einem Denkmodell handelt es sich also um die Abstraktion von bestimmten konkreten persönlichen Erfahrungen, die ein Mensch gemacht hat. Diese Modelle werden in verschiedenen Repräsentationssystemen abgebildet (v.a. visuell, auditiv und kinästhetisch). Denkmodelle werden überprüfbar, wenn sie im sprachlichen Repräsentationssystem symbolisiert werden und somit für die sprachliche Vermittlung offenstehen:

Auf diesem Niveau der Repräsentationssysteme werden vor allem Fehler sichtbar, die zwischen Vorlage und Abbildung bestehen. Nach BANDLER, R. & GRINDER, J. (1975) gibt es vor allem drei Fehlerarten, denen Denkmodelle⁵ unterliegen können:

1. Auslassungen
2. Verzerrungen
3. Verallgemeinerungen

In den folgenden Abschnitten soll aufgezeigt werden, daß „psychische Krankheit“ ein Denkmodell ist, das in höchstem Maße fehlerhaft ist und damit dem Kriterium der strukturellen Abbildungsgenauigkeit (Isomorphie) nicht gerecht wird, sondern im Gegenteil das, was es abzubilden vorgibt, verzerrt; zudem soll der Eindruck verdeutlicht werden, daß diejenige Personengruppe, die das „psychische Krankheitsmodell“ benutzt und damit die Wirklichkeit in bestimmter Weise konstruiert (im folgenden Psychopathologen genannt), kein Interesse hat, dieses Modell aufzugeben, da diese Personengruppe die „Vorteile“, die sie mit Hilfe dieses Modells erreicht, nicht aufgeben kann oder will.

Die meisten Psychopathologen haben inzwischen eine Machtposition erreicht, von der aus sie es nicht mehr nötig haben, die Annahmen und Fehler des Denkmodells „psychische Krankheit“ zu überprüfen. Die meisten Psychiater haben die Macht, die von ihnen als „psychisch krank“ eingestuften Menschen in psychiatrischen Institutionen einweisen und kasernieren zu lassen. Dort stehen ihnen weitere Machtmittel zur Verfügung bis hin zu solchen Methoden, bei denen die Frage erlaubt sein muß, worin der Unterschied zu brutalen Foltermethoden (E-Schocks) besteht. Heutzutage werden diese Methoden jedoch immer noch als **Heil(Krampf)behandlungen** gepriesen^{6, 7}. Darüber hinaus weist man darauf hin, daß die Folgeerscheinungen der Schockbehandlung - Knochenbrüche usw. - inzwischen nicht mehr auftreten, da diese Wirkungen vorbeugend medikamentös gedämpft würden. Daraus wird ersichtlich, daß das Denkmodell „psychische Krankheit“ die Tendenz hat, sich selbst zu validieren, das heißt, sich als Wirklichkeit selbst zu bestätigen:

Etiketten „psychischer Krankheit“ werden an bestimmte Menschen verliehen. Danach können diese in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen werden. Dort werden dann „Heilungsversuche“ unternommen. Schließlich bewahrheiten diese Menschen, wozu sie der Psychopathologe verurteilte: Sie zeigen sich „psychisch krank“.

⁵ Wie die folgenden Ausführungen zeigen werden, haben Denkmodelle jedoch nicht nur Abbildfunktionen. Eine wichtigere als diese Funktion besteht darin, daß sie zur Gestaltung der zwischenmenschlichen Wirklichkeit beitragen und den Kern der Erfindung der Wirklichkeit ausmachen (vgl. dazu auch WATZLAWICK, P. (ed. 1981): Die erfundene Wirklichkeit. Piper, München.).

⁶ SCHULTE, W. & TÖLLE, R. (1977), S. 350: „... eine humane Behandlungsmethode, die diesen Kranken nicht vorenthalten werden darf.“ (Hier sind „schwere Psychosen“ gemeint.).

⁷ Wie soll man folgende Pressemitteilung verstehen? Gibt es etwa Zusammenhänge? Die Oberhessische Presse vom 1.8.78 schreibt S.2: „Amnesty bestätigt Tierversuche - Protestaktionen Elektroschock-Folter an Schweinen - Deutsche Sektion versuchte schon 1977 zu stoppen“ (vgl. auch „Frankfurter Rundschau“ vom selben Tag S.4).

Einer der wichtigsten Aspekte von Denkmodellen ist der Zweck, zu welchem ein Denkmodell instrumentell eingesetzt wird. Der Genauigkeit halber muß man hier unterscheiden zwischen dem Zweck, der vorgegeben wird, und dem Zweck, der tatsächlich erreicht wird. Die Frage, die hier aufgeworfen wird, lautet also: Inwieweit verschleiert das Denkmodell „psychische Krankheit“ die eigenen impliziten oder expliziten Zielsetzungen?

Diese Frage soll hier kurz abgehandelt werden.

Ein letztes Wort zu den Denkmodellen: sie sind jeweils an bestimmte epistemologische Grundpositionen gebunden; im Bereich der Sozialwissenschaften gibt es zur Zeit zwei konkurrierende epistemologische Grundpositionen:

1. Die linear-kausale Epistemologie:

Diese Position besagt für das Modell „psychische Krankheit“, daß es eine deterministische Kette zwischen gesellschaftlichen Zuständen, den Bedingungen in natürlichen Gruppen und der „psychischen Krankheit“ eines Individuums gibt. Vertreter dieser Richtung lösen das „psychisch kranke“ Individuum aus dem natürlichen Kontext heraus und behandeln es als Zielobjekt psychiatrischer oder psychotherapeutischer Einwirkungen.

2. Die systemtheoretische Epistemologie:

Die Vertreter dieser Grundposition fokussieren nach bestimmten mehr oder weniger expliziten Kriterien eine „natürliche Gruppe als offenes soziales System“; Störungen innerhalb dieses Systems werden von Phänomenen begleitet, die man als Symptome bezeichnen kann.

Symptome sind dabei jedoch keine individuellen Ereignisse, sondern Ausschnitte aus kreisförmigen Interaktionssequenzen, an der alle Mitglieder der Gruppe beteiligt sind. Diese Interaktionssequenz folgt bestimmten Systemregeln und hat damit die Tendenz, sich zu wiederholen. Ziel psychiatrischer oder psychotherapeutischer Interventionen sind hier die sogenannten natürlichen Gruppen (Humansysteme), in denen bestimmte Störungen auftreten: - Therapeutische Interventionen streben die Veränderung der Systemregeln an (vgl. z.B. HALEY, J. (1977); SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1977); MINUCHIN, S. (1977); GUNTERN, G. (1977)).

Um es vorwegzunehmen: die linear-kausale Epistemologie ist inzwischen veraltet und das „psychische Krankheitsmodell“ hat in dieser Epistemologie seine Wurzeln. Die kreisförmig-systemische Epistemologie wird sich mehr und mehr durchsetzen und zu neuen Auffassungen über Psychotherapie führen; Ansätze dazu sind in der Familientherapie gegeben.

Allerdings werden die emanzipatorischen Elemente, die in der Familientherapie stecken, vermindert, wenn man versucht, das linear-kausale Modell „psychischer Erkrankungen“ mit der systemischen Epistemologie in Einklang zu bringen. Dieses Mißverständnis könnte durch die Arbeiten einiger Familientherapeuten suggeriert werden (vgl. STIERLIN, H. et al. (1977)⁸ und RICHTER, H.E. et al. (eds. 1976, v.a. S. 365 ff.⁹)).

⁸ Selbst bei STIERLIN, H. et al. (1977) führt das „neue Paradigma der Familientherapie zu einem neuen **Krankheitsverständnis**“ (Hervorhebung: kd.). Dies ist der Rahmen innerhalb dessen die Autoren die

Behalten Familientherapeuten das „psychische Krankheitsmodell“ bei und weiten sie es „nur“ auf Familien aus? Die meisten deutschsprachigen Veröffentlichungen jedenfalls erwecken den Eindruck, als seien die gesamten Familien, in denen bestimmte Störungen auftreten, „psychisch krank“. Ist es etwa so, daß, nachdem bisher Einzelindividuen als „psychisch krank“ bezeichnet und damit in die Sündenbockrolle gedrängt wurden, nun größere soziale Systeme als Sündenböcke für unsere Gesellschaft erhalten müssen?

Der fatale epistemologische Irrtum, der einer solchen Strategie zugrundeliegt und der den gesamten Wissenschaftszweig der Psychotherapie hemmt, besteht darin, daß Psychopathologen individuelle Reaktionen, die im Kontext natürlicher Systeme bestimmte Regeln metaphorisch ausdrücken, als „psychische Krankheit“ bezeichnen.

M.a.W.: Eine als depressiv bezeichnete Frau wäre nicht depressiv, wenn sie nicht in einem bestimmten Kontext interpersonaler Probleme leben würde: In diesem Sinne ist die Depression keine „krankhafte Reaktion“ sondern eine systemangemessene (auf diesen Punkt hat bereits JACKSON, D.D. (1967) explizit hingewiesen). Die herkömmliche Betrachtungsweise greift also in individuenzentrierter Manier ein Systemmitglied willkürlich heraus und macht es zum „psychisch Kranken“.

Konsequente Psychopathologen werden nun bei Erweiterung ihrer Sichtweise keinen Augenblick zögern, das betroffene zwischenmenschliche System als („psychisch“) „krank“ zu bezeichnen. Durch diese Vereinfachung wird das „psychosoziale Krankheitsmodell“, das erweiterte Modell der „psychischen Krankheit“, kreierte und damit zur Gestaltung der Wirklichkeit eingesetzt.

4. In welcher Tradition steht das „Psychische Krankheitsmodell“?

Diese Frage zielt auf die historischen Wurzeln, die dem „Denkmodell psychische Krankheit“ zugrunde liegen; sie führt bei richtiger Beantwortung direkt zur Psychoanalyse, dem Therapieverfahren mit der längsten Tradition. Und darüber hinaus zur Psychiatrie der „Lehre von den seelischen Erkrankungen“ (vgl. SCHULTE, W. & TÖLLE, R. (1977)).

Wenden wir uns direkt dem Kern des Problems zu: wie der „Mythos der Geisteskrankheit“ entstand, zeigt SZASZ, T.S. (1960, 1976)¹⁰. Wesentlich sind folgende Punkte:

CHARCOT (1825-1893, Neurologe und Lehrmeister Freuds) hatte ein besonderes Interesse an nosographischer Tätigkeit: Er beschäftigte sich mit Erkrankungen des Nervensystems und deren Klassifizierung. Da CHARCOT Arzt an der Salpetriere¹¹ war, wurde er mit vielen Menschen konfrontiert, die, soweit sie nicht organisch krank waren, auch psychische Probleme

Familientherapie diskutieren; innerhalb dieses Rahmens können STIERLIN, H. et al. auf den Krankheitsbegriff vollständig verzichten (vgl. a.a.O.).

⁹ Vgl. a. „psychosozial“ Zeitschrift für Analyse, Prävention und Therapie psychosozialer Konflikte und **Krankheiten**“ (Hervorhebung: kd.) Rowohlt 7201, 1978.

¹⁰ SZASZ ist derjenige, der die Auseinandersetzung um das Denkmodell „psychische Krankheit“ eingeleitet und sie bisher am konsequentesten geführt hat. Einen Überblick über die Auseinandersetzung um das „Psychische Krankheitsmodell“ in den USA bis zum Jahr 1967 gibt KEUPP, H. (Ed.; 1972).

¹¹ Der Name dieses Pariser Krankenhauses, nämlich „Hospital für Frauen und Geisteskranke“, spricht für sich.

hatten. Heute kann man die Symptome, die diese Menschen hatten, als Ausdruck der sozialen Verhältnisse ansehen, denen sie entstammten oder als Ausdruck der Zustände in der Salpetriere. Eine Gruppe von Frauen jedenfalls drückte ihre Probleme unter anderem durch Anästhesien, Lähmungen usw. aus. Nachdem CHARCOT unsicher war, ob er diese Menschen der Kategorie Simulanten¹² oder der Hysteriker¹³ zuordnen sollte, entschied er sich schließlich für letztere. Die Hysterie selbst bezeichnete CHARCOT und nach ihm auch FREUD als Nervenleiden. Damit erlangte das, was man auch heute als Ausdruck persönlicher oder zwischenmenschlicher Probleme bezeichnen kann, den Status einer Krankheit - von da an „Geisteskrankheit“ oder „seelische Krankheit“.

Dieses „psychische Krankheitsmodell“ ging also auch in die Psychoanalyse ein. FREUD bemühte sich therapeutisch sogenannte intrapsychische Konflikte zu bearbeiten bzw. zu psychoanalysieren. Indem er jedoch den Krankheitsbegriff CHARCOT's für seelische Leiden übernahm, legte er gleichzeitig über seine Tätigkeit einen „Schleier“, der die zwischenmenschliche Verwobenheit dieser Leiden verhüllte und damit unsichtbar machte.

Der andere Zweig, der bis heute das Denkmodell „psychische Krankheit“ aufrechterhält, liegt in der klassischen deutschen Psychiatrie begründet. Maßgebend beeinflusst wurde die deutsche Psychiatrie von dem Schweizer E. BLEULER, der mit seinem Lehrbuch der Psychiatrie 1916 ein Werk schuf, das heute noch als Standard der deutschsprachigen Psychiatrie angesehen werden muß (1975 erschien die 13. Auflage dieses Lehrbuches). Das Interessante an diesem und anderen Lehrbüchern der Psychiatrie ist, daß sie von der Existenz von „Geisteskrankheiten“ ausgehen, ohne daß sie dieses Konzept jemals in Frage stellen. Für BLEULER, M. (1975 s.o.) besteht die Hauptfrage, die von Nichtpsychiatern an die Psychiater gerichtet wird, in folgender: „Krank oder nicht krank?“ (vgl. S. 117).

Genau diese Frage „krank oder nicht krank“ impliziert - ob so oder so beantwortet - die Existenz „psychischer Krankheiten“.

Daß die „Geisteskrankheit“ jedoch ein Denkmodell ist, und sich nicht naturwissenschaftlich messen läßt, hebt sogar BLEULER, M. (1975, S.116) hervor. Er glaubt, daß der Begriff der „Geisteskrankheit“ durch persönliche Erfahrung des „gesunden Menschen“ mit seinen „gesunden Mitmenschen“ gebildet wird. BLEULER sagt weiter, daß er denjenigen für „geistesgestört“ hält, den er selbst nicht mehr begreifen, in den er sich nicht mehr einfühlen und den er nicht mehr mit seinem eigenen Wesen verwandt empfinden kann. Genau diese Negativdefinition ist das Bekenntnis zum Denkmodell „psychische Krankheit“: Derjenige, der in dieses Denkmodell hineinpaßt, hat zu erwarten, daß er von BLEULER als „geisteskrank“ bezeichnet wird.

SCHULTE, W. & TÖLLE, R. (1977) definieren das Tätigkeitsfeld der Psychiatrie wie folgt: „Die Psychiatrie ist die gesamte Lehre von seelischen Krankheiten“ (S.1)¹⁴. Hier zeigt sich, wie die Selbstdefinition der psychiatrischen Tätigkeit aussieht. Psychiater sind also bei unkritischer Übernahme dieses Denkmodells gezwungen, bei jedem Menschen die Frage zu stellen: „Psychisch krank oder nicht psychisch krank?“. Diese Frage ist für die Psychiatrie, so wie sie

¹² Wie GUILLAIN berichtet, konnte man sich in der Salpetriere gegen ein kleines Entgelt bestimmte „hysterische Krisen“ vorspielen lassen (GUILLAIN, G. (1955) zitiert nach SZASZ, T.S. (1975)).

¹³ Hystera (griechisch); übersetzt: Das, was dahinter liegt.

¹⁴ 1971 hieß es bei denselben Autoren noch „Die Psychiatrie ist die gesamte medizinische Lehre von seelischen Krankheiten und Abnormitäten“ (S.1).

sich selbst definiert, sogar lebensnotwendig: Sie zielt auf die Feststellung „psychischer Erkrankung“.

Sobald jedoch die Illusion der Alternativen, die in dieser Frage steckt, aufgedeckt wird, und man die Frage stellt: „Gibt es Geisteskrankheit“, muß man zu dem Schluß kommen, daß es sie zwar gibt, aber nur als Denkmodell der Personengruppe, die daran glaubt und dieses Denkmodell zu bestimmten Zwecken zielgerecht einsetzt. Erst dadurch, daß bestimmte Menschen dieses Denkmodell zur Basis ihres Umgangs mit denjenigen machen, die sie als „krank“ erachten, wird die „Geisteskrankheit“ zur Wirklichkeit.

Wie ich in diesem Abschnitt zu zeigen versuchte, gibt es zwei wichtige Strömungen von Berufsgruppen, die an diesem Denkmodell „psychischer Erkrankungen“ festhalten: die Psychiater, die ihre eigene Selbstdefinition auf dem Glauben an die „psychische Krankheit“ aufbauen und die Psychoanalytiker, die ihre Tätigkeit durch den Begriff der „seelischen Erkrankung“ verschleiern. Die Berufsgruppe der Psychiater ist in ihrer Existenz vom Glauben an die „seelischen Krankheiten“ abhängig. Würde diese Berufsgruppe nicht mehr von der Existenz „seelischer Erkrankungen“ ausgehen, wäre ihr nach klassischer Definition die Existenzberechtigung entzogen. Psychoanalytiker oder andere Psychotherapeuten, die sich mit der Lösung psychischer Probleme beschäftigen, hätten dieses Denkmodell für die Definition ihrer Tätigkeit nicht nötig.

Es gibt jedoch eine dritte, immer stärker werdende Gruppierung, die sich nach anfänglich starken Zweifeln an der Existenz „psychischer Krankheiten“ daran gewöhnt hat und inzwischen daran glaubt. Diese Berufsgruppe sind die Klinischen Psychologen, die nicht Psychiater und nicht Psychoanalytiker sind. Daß diese Berufsgruppe inzwischen an die Existenz „**psychischer Krankheit glaubt**“, hat einen strategischen Hintergrund: Die überwiegende Mehrheit dieser Berufsgruppe vertritt den Standpunkt, daß ihre psychotherapeutische Tätigkeit nur dann anerkannt und materiell honoriert wird, wenn sie den Status von „Heilbehandlern“ erreichen. Nur dann, so glauben sie, sei ihre finanzielle Zukunft abzusichern und ihre psychotherapeutische Tätigkeit zu legalisieren. Dieser Glaube ist unter den strategischen Gesichtspunkten aus zweierlei Gründen leicht zu verstehen:

1. Es gibt bereits Vorkämpfer - Psychiater und Psychoanalytiker -, die einen bestimmten Weg weisen.
2. Die Psychologen fürchten, daß „Psychotherapie“, wenn sie sich nicht auf das „psychische Krankheitsmodell“ beruft und damit nicht auf die „Heilung psychischer Krankheiten“ abzielt, finanziell keinen Träger findet.

Wir haben also drei Berufsgruppen, die das Denkmodell „psychische Krankheit“ vertreten und aus mehr oder minder gut begründeten Positionen heraus ihre berufliche Existenz daran knüpfen. Die letztgenannte Gruppe, die Klinischen Psychologen, wurde jedoch noch nicht in die „Gilde der Heilbehandler psychischer Erkrankungen“ aufgenommen.

5. Zu welchem Zweck gebrauchen Psychopathologen das Denkmodell „psychische Krankheit“?

Wie ich bisher gezeigt habe, gibt es drei Berufsgruppen, die sich aus bestimmten Gründen an das „psychische Krankheitsmodell“ klammern: Psychiater, Psychoanalytiker (Ärzte) sowie Klinische Psychologen (Nicht-Ärzte). Verallgemeinernd kann man sagen, daß die Psychologen den Status anstreben, den die Ärzte schon lange innehaben: Nämlich als Ausübende des Heilberufs anerkannt zu werden. Daß diese Berufsgruppen am „psychischen Krankheitsmodell“ festhalten, ist bedingt durch bestimmte implizite Ziele, die sie verwirklichen möchten. Zunächst kann man beobachten, daß es eine Tendenz gibt, den individuenbezogenen „psychischen Krankheitsbegriff“ auszudehnen auf die Familie und darüber hinaus auf größere soziale Einheiten. Dieses Mißverständnis wird insbesondere durch Veröffentlichungen wie „Familie und seelische Krankheit“ (RICHTER, H.E. et al. (Eds; 1976)) erzeugt.

Diese Art der Veröffentlichungen haben das strategische Ziel, den Angehörigen der „heilenden Berufe“ größere Einwirkungsmöglichkeiten auf solche sozialen Systeme zu geben, in denen die sogenannten „psychischen Erkrankungen“ auftreten. Diese Tätigkeit soll dann auch kassenrechtlich (sprich: finanziell) abgesichert werden. Wenn also in einer Familie beispielsweise ein Kind bettnäßt, so lösen inzwischen einige Fachleute das Mißverständnis aus, die gesamte Familie sei „psychisch krank“. Oder wenn in einer Schulklasse Leistungsversagen auftritt, gibt es unreflektierte Aussagen, die beim naiven Betrachter die Fehleinschätzung auslösen, das ganze Schulsystem sei „erkrankt“. Es hat also den Anschein, als würden Psychopathologen versuchen, das „psychische Krankheitsmodell“, das sich an der linear-kausalen Epistemologie orientiert und eine personologische Kategorie ist, nun auf soziale Systeme auszudehnen, um damit diese sozialen Systeme als „krank“ klassifizieren zu können („psychosoziales Krankheitsmodell“).

Wird dieser Standpunkt von Psychopathologen vertreten, so schließt dies den Anspruch ein, daß auch die „Krankheiten sozialer Systeme“ von dieser Berufsgruppe zu „heilen“ sind. Das heißt der Anspruch auf eine monopolisierte „Heilbefähigung“ wird erhoben. Wenn der geistige Krankheitsbegriff nun also auf größere soziale Systeme ausgedehnt wird, so gerät die projektierte Tätigkeit des Psychopathologen in Konflikt mit Bereichen, die bisher demokratisch gewählten Politikern vorbehalten war. Die Ausdehnung des „psychischen Krankheitsmodells“ impliziert also eine Ausdehnung des Kompetenzanspruchs der Psychopathologen.

Die Strategie der Psychopathologen besteht nun darin, bestimmte interpersonale und soziale Probleme durch den Etikettierungsvorgang, nämlich diese Systeme selbst als „psychisch krank“ zu deklarieren, zu verschleiern. Damit verschaffen sich Psychopathologen - ob beabsichtigt oder nicht - einen größeren beruflichen Kompetenzbereich und gleichzeitig die finanzielle Absicherung dieses projektierten Tätigkeitsbereichs.

Da diese Vorgehensweise mit der Anwendung des „psychischen Krankheitsmodells“ einhergeht, ist darin eine Verschleiерungsstrategie oder gar ein Täuschungsmanöver zu sehen - wenn man böse Absichten unterstellt. Denn warum sollte es notwendig sein, persönliche, zwischenmenschliche oder soziale Probleme als Krankheiten zu definieren, wenn sie einfacher und schneller ohne dieses Etikett erkannt und gelöst werden können?

Haben wir tatsächlich „psychisch kranke“ Menschen, „psychisch kranke“ Paare, „psychisch kranke“ Familien, „psychisch kranke“ Schulen, „psychisch kranke“ Betriebe oder „psychisch kranke“ Sozialsysteme, die von Therapeuten „geheilt“ werden müssen, damit sie reibungslos funktionieren? Warum sollen diese Systeme eigentlich „krank“ sein, wenn diese Begrifflichkeit keinen Deut zur Lösung der wirklichen Probleme beiträgt, sondern sie im Gegenteil nur

zementiert? Gegen die Tätigkeit von Therapeuten in diesem Bereich ist nichts einzuwenden, solange sie das Krankheitsdenken dabei vor der Tür lassen!

Geschliffene Psychopathologen werden einwenden, es gehe doch nicht um die „psychische Krankheit“ eines sozialen Systems, sondern lediglich um systemische Bedingungen, die der „psychischen Krankheit“ eines Individuums zugrunde liegen. Dem kann man entgegenhalten, daß es sich bei einer solchen Position um ein Zwischending zwischen linear-kausalem und systemischem Denken handelt, da dieses Denken sich am Symptomträger fixiert, um die personologische Kategorie der „psychischen Krankheit“ aufrechtzuerhalten. - Letztlich erweist sich, daß diese Position ebenso verschleiern wirkt, wie die vorher angeführte: Hier dient ein Individuum, das aus seinem sozialen Kontext künstlich herausgelöst wird, als Sündenbock („psychisch Kranker“) eines sozialen Systems, während die Systembedingung als „nicht-krank“, gleichzeitig jedoch „psychisch krankmachend“ angesehen werden. Dies ist eine widersinnige Dichotomisierung, die nicht zur Klärung beiträgt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß das Denkmodell „psychische Krankheit“ bequem zu Verschleierungszwecken benutzt werden kann: Persönliche, zwischenmenschliche und soziale Probleme lassen sich leicht als „Krankheiten“ bezeichnen. Damit kann dieses Denkmodell strategisch zur Verhinderung der Lösung insbesondere von interpersonalen und sozialen Problemen benutzt werden - also zum Gegenteil des deklarierten Ziels, nämlich der „Heilung psychischer Erkrankungen“. Gute Beispiele dafür sind: Die „psychisch kranken“ Arbeitslosen und die Frauen oder Männer die „psychisch erkranken“, nachdem sie geschieden wurden.

Ein anderes strategisches Ziel, das durch den Gebrauch des Denkmodells „psychische Krankheit“ erreicht wird, liegt in der präventiven Entschuldigung etwaiger Mißerfolge bei der „Heilung psychischer Krankheiten“: Bequemerweise lassen sich psychotherapeutische Mißerfolge mit dem Schweregrad der „psychischen Erkrankung“ der Klienten entschuldigen. Wenn ein Klient als Psychotiker klassifiziert wurde, wird man dem Therapeuten einen Mißerfolg nachsehen.

Da der „psychische Krankheitsbegriff“ eine personologische Kategorie ist, und das Individuum aus seinem sozialen Kontext herauslöst, wird diesem somit die Schuld für die „Unheilbarkeit“ seiner „psychischen Krankheit“ zugewiesen. Dies ist jedoch - wie inzwischen klar ist - eine Strategie zur Entschuldigung der psychotherapeutischen Inkompetenz des Psychopathologen. Gewöhnlich geht man davon aus, daß der Schweregrad der „psychischen Erkrankung“ mit dem Ausprägungsgrad der Krankheitszuschreibung korreliert. Man kann aber auch folgende Hypothese vertreten: Je schwerwiegender das psychopathologische Etikett ausfällt, das der Psychopathologe verleiht, desto größer ist seine therapeutische Hilflosigkeit. Damit bezeichnet das Etikett, das der Therapeut verleiht, weniger seine Klienten als vielmehr sich selbst. Wenn also ein Psychopathologe das Etikett „schizophren“ erteilt, versucht er damit seine eigene psychotherapeutische Inkompetenz zu verschleiern oder sich in kluger Voraussicht ein Alibi für etwaige Mißerfolge seiner „Heilungsbemühungen“ zu verschaffen.

Es besteht also ein korrelativer Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des „psychopathologischen Etiketts“ und der Hilflosigkeit des Psychopathologen.

6. Welche Rückwirkungen hat das „psychische Krankheitsmodell“, auf die Psychopathologen und die Psychopathologisierten?

Im Kern geht es bei dieser Frage um die Beziehung zwischen mindestens zwei Menschen:

Einmal dem Psychopathologen, dem „Fachmann für psychische Erkrankungen“ und zum anderen dem Hilfesuchenden, der sich an den Fachmann wendet, um sein persönliches oder zwischenmenschliches Problem zu lösen.

Diese Beziehung impliziert ein hierarchisches Gefälle, da sie den Hilfesuchenden und den vermeintlich Helfenden, den Psychopathologen, voraussetzt. Das hierarchische Gefälle bedingt in dieser spezifischen Beziehung, daß der Psychopathologe seine Funktion in erster Linie darin sieht, seine Klienten zu „psychopathologisieren“, d.h. ihnen ein psychopathologisches Etikett zu verleihen bzw. ihn einer psychopathologischen Subklasse zuzuordnen. Der Klient auf der anderen Seite ist in diesem Beziehungsbereich dem Psychopathologen ausgeliefert - dies um so mehr, je inkompetenter der Psychopathologe in psychotherapeutischer Hinsicht ist, d.h. je eher er bereit ist, schwerwiegende pathologische Etiketten zu verleihen, wie „schizophren“, „manisch-depressiv“ u.ä..

Wenn der Psychopathologe seinem Klienten, die ihm angemessen erscheinende psychopathologische Kategorie zuweist und ihm dies auf der anderen Seite jedoch nicht auf den Kopf zusagt, hat dies auch seine Gründe: Er möchte seinen Patienten nicht offenlegen, welche weiteren „therapeutischen Maßnahmen“ er für ihn beabsichtigt: Im schwerwiegendsten Fall Zwangseinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus, E-Schocks o.ä.. Innerhalb dieses Psychopathologisierungsprozesses zeigt sich eine weitere Verschiebung des Beziehungsgleichgewichtes zuungunsten des potentiellen Psychotherapie Klienten: Er wird vom hierarchisch mächtigeren Psychopathologen einer Subklasse „psychischer Erkrankungen“ zugeordnet. Damit wird eine jeweils bestimmte „Krankheitskarriere“ in die Wege geleitet (vgl. insbes. SZASZ, T.S. (1966)). Auf der anderen Seite entsteht die Illusion der Psychopathologe sei „psychisch gesund“, das heißt, er habe keine oder nur geringe psychische Probleme. Diese Illusion ist für beide Beziehungspartner notwendig. Denn wäre es möglich, daß ein „psychisch kranker Psychopathologe“ tatsächlich in der Lage ist, die „psychische Krankheit“ seiner Klienten richtig“ zu erkennen und einzuordnen? Und eins scheint doch schon lange klar zu sein: Psychopathologen, Psychiater u.ä. begehen nicht Selbstmord, weil sie „psychisch krank“ sind; sie haben persönliche oder zwischenmenschliche Probleme - anders als ihre Klienten (vgl. dazu auch SCHMIDBAUER, W., (1977)).

Ein weiteres Beispiel für die Verzerrung des Verhältnisses zwischen Psychopathologen und seinen Klienten liegt in folgendem: Wenn wir von der Annahme ausgehen, daß zwei Menschen etwa gleiche Probleme haben, diese zwei Menschen sich jedoch in ihrer Berufsausbildung unterscheiden (der eine ist z.B. Arzt, der andere Angestellter) und beide sich darum bemühen, ihre persönlichen oder zwischenmenschlichen Probleme zu lösen, so wird der Arzt an einer Lehranalyse oder einer Selbsterfahrungsgruppe teilnehmen und der Angestellte wird eine Psychotherapie durchlaufen. Wenn er Pech hat, wird er in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Das heißt also, es gibt zwei Klassen von psychischer Behandlungen: Für den Arzt, Psychotherapeuten, Psychiater oder Psychologen steht eine Selbsterfahrungsmöglichkeit offen, die er zur Lösung seiner Probleme nutzen kann, während auf der anderen Seite der Angestellte zunächst als „psychisch krank“ klassifiziert wird und danach, darauf aufbauend, eine Psychotherapie mit dem Ziel der „Heilung“ seiner „psychischen Krankheit“ durchlaufen muß.

Eine zusätzliche Verschärfung des Beziehungsungleichgewichtes zuungunsten „psychisch Kranker“ ergibt sich aus der Tatsache, daß Psychopathologen meist mittleren bis oberen sozialen Schichten entstammen, während auf der anderen Seite um so häufiger mit schwerwiegender psychopathologischer Etikettierung zu rechnen ist, je geringer der sozioökonomische Status der Schicht ist, der der „psychisch Kranke“ entstammt. Man kann also sagen, daß psychopathologisierende Etiketten um so leichter von Psychopathologen vergeben werden, je

niedriger die sozioökonomische Schicht ist, dem ein „psychisch Kranker“ Mensch entstammt (vgl. DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S., 1977)).

Natürlich werden diese Phänomene auch begründet. Es erfreuen sich immer noch großer Beliebtheit die Lehre von der „Vererbung psychischer Krankheiten“ und damit zusammenhängend die „Konstitutionslehre“. Diese Begründungen sind fatal, wenn sie implizit in Zusammenhang mit niederen sozialen Schichten gebracht werden. Sie dienen dann im Zusammenhang mit dem „psychischen Krankheitsmodell“ der Rechtfertigung mangelhafter sozialer Maßnahmen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist in diesem Zusammenhang die langfristige Wirkung, die die „Psychopathologisierung“ bei den betroffenen Menschen erzielt. Wird einem Klienten zu irgendeinem Zeitpunkt z.B. in einem psychiatrischen Gutachten die „Erkrankung an einer Psychose“ bescheinigt, so wirkt sich diese „Bescheinigung“ im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung aus. Alle Kollegen, die ja meist auch Psychopathologen sind, werden die Bescheinigung als mehr oder minder „richtig“ einstufen, da sie Anhänger des Denkmodells „psychische Krankheit“ sind. Kaum einer wird überhaupt die Frage zu stellen wagen, ob eine bestimmte Person „psychotisch“ sein könne, da es so etwas wie „Psychose“, das heißt „psychische Krankheit“, nicht gibt. Wird also ein Ratsuchender mit einem psychopathologischen Etikett „versehen“, sind alle Voraussetzungen geschaffen, daß diese Bescheinigung sich als ein Fluch auswirken wird, denn alle Psychopathologen werden dieser Bescheinigung zu seiner Erfüllung verhelfen, da sie nicht in der Lage sind, schwere „psychische Erkrankungen“ zu heilen (vgl. a. SZASZ, T.S. (1966)).

Somit wird klar: Während die Klienten des Psychopathologen durch den Prozess der Psychopathologisierung auf den Pfad der „psychischen Krankheitskarriere“ gedrängt und nach außen hin stigmatisiert werden, erhält der Psychopathologe die Funktion eines Halbgottes, denn es obliegt ihm, seinen jeweiligen Opfern die Kategorie „psychisch krank“ oder „psychisch gesund“ zuzuschreiben. Eine angemessene Analyse der persönlichen und zwischenmenschlichen sowie sozialen Probleme wird vermieden und durch die Zuweisung eines psychopathologischen Etiketts von vornherein verhindert. Damit wird auch die Lösung dieser Probleme umgangen. Durch diese Strategie verschafft sich der Psychopathologe Verfügungsgewalt über solche Menschen, die ihm nicht genehm sind: Das „psychische Krankheitsmodell“ erhöht somit seinen spezifischen instrumentellen Wert - es wird Mittel zum Zweck. Gleichzeitig umgibt sich der Psychopathologe mit der Aura des „psychisch Gesunden“.

7. Welche Bedingungen erhalten das „psychische Krankheitsmodell“?¹⁵

Die wichtigsten Bedingungen, die das „psychische Krankheitsmodell“ aufrecht erhalten, sind:

- A. der Glaube der meisten Psychiater, ärztlicher Psychotherapeuten, Psychologen und der meisten Klienten, daß Psychotherapie die Heilung „psychischer Erkrankungen“ zum Ziel habe;
- B. das Heilpraktikergesetz;
- C. die Reichsversicherungsordnung.

¹⁵ Betrifft nur die BRD.

Zu A.: In den bisher diskutierten Punkten wurde deutlich, welche Personengruppen mit welchem Interesse das Denkmodell „psychische Krankheit“ zu erhalten versuchen.

1. Psychiater beschäftigen sich per herkömmlicher Definition mit der Lehre „seelischer Erkrankungen“. - Würden sie das nicht mehr tun, müßte sich auch ihre gesamte Praxis ändern, insbesondere würde die institutionelle Psychiatrie (kustodiale Psychiatrie) zusammenbrechen: Daß dies nicht geschieht, liegt im Interesse der meisten Psychiater.
2. Die Mehrzahl der ärztlichen Psychotherapeuten sind Anhänger des „psychischen Krankheitsmodells“, da sie meist in der Tradition der Psychoanalyse stehen und ihre existentielle Grundlage (spricht: Einkommen) gefährdet wäre, wenn sie glauben würden, daß es „seelische Krankheiten“ nicht gäbe.
3. Die Lage der meisten psychotherapeutischen tätigen Psychologen sieht folgendermaßen aus: Sie sind durch ihre Ausbildung meist besser als ihre ärztlichen Kollegen auf die psychotherapeutische Tätigkeit vorbereitet. Sie gehören jedoch dem Gesetz nach nicht in die Kategorie der Heilbehandler, da sie weder Ärzte noch Heilpraktiker sind. Da die meisten Psychologen jedoch eine lange Ausbildung hinter sich haben, möchten sie nicht die Heilpraktikerprüfung ablegen, da sie sich sonst mit diesen auf die gleiche Ausbildungsstufe stellen würden (s.u.).
Da die psychotherapeutisch tätigen Psychologen nach der juristischen Absicherung ihrer Tätigkeit suchen und ihre Tätigkeit versicherungsrechtlich abstützen wollen (finanzielle Vergütung), sehen sie einen Ausweg darin, daß sie sich um die gesetzliche Anerkennung als „Heilbehandler“ bemühen und anstreben, ihre Tätigkeit von den Krankenkassen vergüten zu lassen. Daß die meisten Psychologen nur diesen Ausweg sehen, liegt daran, daß Psychiater und ärztliche Psychotherapeuten einen Weg vorzeigen, der den Psychologen leichter gangbar erscheint, als eigene Alternativen zu entwickeln.

Zu B.: Das Heilpraktikergesetz von 1939 war ursprünglich als eine Art Übergangsregelung für praktizierende Heilbehandler gedacht, die damals nicht Ärzte waren. Dieses Gesetz sollte - nachdem der Beruf der Ärzte als einziger echter Heilberuf durch das Gesetz anerkannt wurde - den Rest der Heilbehandler, die nicht Ärzte waren, erlauben, ihren Beruf fortzusetzen. Danach sollte der Beruf des Heilpraktikers aussterben (vgl. KÜHNE, H.-H. & SCHWAIGER, H. a.a.O.). Diese ursprüngliche Intention ist jedoch nicht erhalten geblieben: Heute kann jeder Heilpraktiker werden, der die Volksschule absolviert hat, einen einwandfreien Leumund hat, die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, mindestens 25 Jahre alt ist, keinen anderen Beruf ausübt und beim Gesundheitsamt eine Prüfung ablegt, in der er nachweist, daß er weiß, was er nicht heilen darf.

Für die meisten Ärzte ist dieses Gesetz uninteressant, es sei denn, sie sind verärgert über eine Berufsgruppe unqualifizierter Heilbehandler. Für Psychologen, von denen die meisten das „psychische Krankheitsmodell“ anerkennen, ist dieses Gesetz insofern interessant, als sie sich durch Ablegen der Heilpraktikerprüfung in den Status des Heilbehandler versetzen können. Allerdings hat dieses Gesetz zwei wichtige Nachteile:

1. Die Psychologen stellen sich mit einer weniger qualifizierten Berufsgruppe auf eine Stufe.
2. Die Tätigkeit des „psychologischen Heilpraktikers“ wird nicht von Versicherungen vergütet.

Zu C.: Die Reichsversicherungsordnung (RVO) stellt die Rechtsgrundlage der deutschen Sozialversicherung dar (vgl. RVO dtv. a.a.O.). Sie regelt u.a. die Krankenversicherungen, Unfallversicherung, Rentenversicherung. Es ist daher klar, daß die Versicherungsordnung auch den Personenkreis, der Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung hat, den Umfang der Leistung und die Vorschriften für die Versicherungsträger usw. definiert.

Es ist andererseits aber auch klar, daß Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit finanziell über die RVO regeln wollen, den „Krankheitsbegriff im allgemeinen“ und das „psychische Krankheitsmodell“ im besonderen anerkennen müssen.

8. Zusammenfassender Ausblick

Wie wir gesehen haben, sind die rechtliche Grundlagen derzeit so, daß psychotherapeutische Tätigkeit von Klinischen Psychologen keine juristische Absicherung hat. Ärztliche Psychotherapeuten stehen in einer bestimmten Tradition und vertreten daher und durch ihre juristische Position als Angehörige des Heilberufs sowie durch die RVO bedingt, das „psychische Krankheitsmodell“, d.h. sie bemühen sich um die „Heilung psychischer Erkrankungen“.

Das „psychische Krankheitsmodell“ hat sich, das habe ich in den vorausgegangenen Abschnitten zu zeigen versucht, jedoch dem funktionalen Gebrauch nach als Verschleierungsstrategie erwiesen, die die zugrundeliegenden personalen und interpersonalen Konflikte verhüllt und dem Einzelindividuum den Status des „psychisch Kranken“ zuweist. Darüber hinaus führt diese Strategie zu einer Machtausweitung des Psychopathologen, die im Extremfall in der Verfügungsgewalt über seine Klienten liegt.

Auf der anderen Seite führt dieses Modell zur gesellschaftlichen Stigmatisierung der von Psychopathologen behandelten Klienten. Man kann kurz gefaßt sagen, die Verschleierungsfunktion des „psychischen Krankheitsmodells“ ist eine doppelte:

1. Personale und interpersonale Probleme werden verschleiert, ihre Lösung wird damit systematisch vermieden.
2. Die Tätigkeit des Psychopathologen - die Psychopathologisierung ihrer Klienten und die Inkompetenz der Psychopathologen wird verschleiert.

Die Frage ist, ob es für die psychotherapeutisch tätigen Psychologen und andere Berufsgruppen aus diesem Dilemma einen Ausweg gibt: Wie kann die gesetzliche und versicherungsrechtliche Position des Psychotherapeuten im allgemeinen und die des klinischen Psychologen im besonderen definiert werden, ohne daß diese Berufsgruppe gleichzeitig das „psychische Krankheitsmodell“ mit übernimmt? Und darüber hinaus, wie können andere Berufsgruppen z.B. Sozialpädagogen, Sozialarbeiter u.a. in eine Regelung mit einbezogen werden, die diesen ebenfalls psychotherapeutische Tätigkeiten erlaubt, die sie ja bereits jetzt schon ausüben?

Sieht man die Aktivitäten fast aller irgendwie organisierten Psychotherapeuten an, so erhält man den Eindruck, als gäbe es keine Alternative zum „psychischen Krankheitsmodell“.

9. Eine alternative Richtung

Wenn man davon ausgeht, daß die Auffassung von „psychischen Krankheiten“ ein Denkmodell ist, das Wirklichkeiten erzeugt und keine beobachtbare oder dingliche Realität ist, so ist die entscheidende Frage bei der Wertung dieses Denkmodells, wie nützlich es im Vergleich zu anderen ist. Setzt man das „kreisförmige-systemische Modell interpersonaler und sozialer Probleme“ gegen das herkömmliche Modell „psychischer Erkrankungen“ so kann man vom Nützlichkeitskriterium her sagen, daß das „Problemmodell“ auf Lösungen ausgerichtet ist und sowohl personale, zwischenmenschliche und soziale Wirkungen mitberücksichtigt, während das „psychische Krankheitsmodell“ die Heilung individueller Krankheiten zum Ziel hat, gleichzeitig jedoch diese und darüber hinausgehende zwischenmenschliche und soziale Probleme verschleiert. - In diesem Zusammenhang zeigt sich also, daß die Existenzfrage der Psychiatrie „psychisch krank oder nicht“ keine echte Alternative darstellt. Erst wenn die Frage so formuliert wird, daß das „psychische Krankheitsmodell“ selbst zur Wahl gestellt wird, ist eine echte Entscheidungsmöglichkeit gegeben. Die Frage, ob es „psychische Krankheiten“ gibt oder nicht, läßt sich also wie folgt beantworten: Es gibt die „psychische Krankheit“ in den Köpfen von Psychopathologen - es handelt sich also um ein Denkmodell. Da dieses Modell insbesondere zwischenmenschliche und soziale Probleme zu Krankheiten von Einzelindividuen macht, damit gleichzeitig diese Einzelindividuen als Sündenböcke herauschält, wesentliche Bestandteile dieser Probleme ausläßt und sie stark verallgemeinert, hat das „psychische Krankheitsmodell“ eine verschleiende Wirkung. Die Wahl muß also, wenn man nicht eine bestimmte Verschleiungsstrategie verfolgen will, zugunsten des „kreisförmigen-systemischen Modells“ ausfallen.

Das Festhalten am „psychischen Krankheitsmodell“ gleicht dem Festhalten an eine liebge-wonnene kindhafte Illusion. Solche Illusionen schützen davor, bestimmte Erkenntnisse zu gewinnen, die bestimmte Veränderungen nach sich ziehen würden. Die Illusion „psychische Krankheit“ verhindert die Veränderung eines ganzen Wissenschaftsbereiches:

Wie sollten denn auch solche Psychopathologen, denen die „psychische Krankheit“ „ans Herz gewachsen“ ist, von dieser Fiktion Abschied nehmen? - Sie müßten dann erkennen, daß es sich statt dessen um systemische Probleme handelt, in die der Psychopathologe meist selbst verwickelt ist bzw. dessen integrativer Bestandteil er ist. Damit müßte der Psychopathologe sein gesamtes Weltbild und seine eigene Praxis in Frage stellen. Das ist jedoch keinem Psychopathologen zuzumuten.

In diesem Zusammenhang erweisen sich gerade die Bemühungen von Psychologen-Verbänden, klinisch-psychotherapeutische Tätigkeit als Heilberuf gesetzlich zu verankern, als eine Verfestigungsstrategie des Glaubens an die „psychische Krankheit“. Andererseits hätte die relativ junge Berufsgruppe Klinischer Psychologen die Möglichkeit unbeschadet der Irrtümer von Psychopathologen innerhalb anderer Berufsgruppen, eine Psychopathologisierung unserer gesamten Gesellschaft zu verhindern und zwar durch eine echte Alternative: Die gesetzliche Verankerung von psychotherapeutischer Tätigkeit als das „Anregen von autonomen Lösungen persönlicher, zwischenmenschlicher und sozialer Probleme in Humansystemen“, z.B. über den Ausbau des Bundessozialhilfegesetzes zur Finanzierung dieser Tätigkeit (vgl. BSHG: Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten)¹⁶. Damit wäre ein Ausweg aus dem Di-

¹⁶ Allerdings steht dem zur Zeit das sogenannte Subsidiaritätsprinzip entgegen. Dieses Prinzip besagt, daß das BSHG erst nach Ausschöpfung anderer finanzieller Möglichkeiten genutzt werden kann.

* pathos *

lemma, das das „psychische Krankheitsmodell“ schafft, möglich. Die fatale Wirkung dieses Denkmodells, nämlich psychische Probleme, die es vorgibt zu bekämpfen, festzuschreiben, wäre damit untergraben und andere Berufsgruppen - z.B. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen - könnten in diese Regelung mit einbezogen werden.

LITERATURVERZEICHNIS

- BANDLER, R. & GRINDER, J. (1975): The Structure of Magic I. Science and Behavior Books, Palo Alto.
- BLEULER, E. (1975): Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin.
- Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Beck 1976, München.
- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. (1977): Soziale und kulturelle Einflüsse auf psychopathologische Erscheinungen. In: PETERMANN, F. & SCHMOOK, C.: Grundlagentexte der klinischen Psychologie, Vol. 1: Forschungsfragen der klinischen Psychologie. Huber, Bern.
- GUNTERN, G. (1977): Die Kopernikanische Wende in der Psychiatrie: Der Wechsel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. Vortrag, gehalten: 5. Internationales Symposium Paar- und Familientherapie; 27.09.-30.9.1977, Zürich. In: Familiendynamik, 1980, 5: 2-41.
- HALEY, J. (1977): Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen. Pfeiffer, München.
- JACKSON, D.D. (1974): Schizophrenie als nosologisches Nexus. In: BREDE, K. (ed.): Einführung in die Psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge. Fischer, Frankfurt.
- KEUPP, H. (1972): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie Urban & Schwarzenberg, München.
- KÜHNE, H.-H. & SCHWAIGER, H. (1976): Zum Recht der Heilbehandlung durch Psychologen. Huber, Bern.
- MINUCHIN, S. (1977): Familie und Familientherapie. Lambertus, Freiburg. Reichsversicherungsordnung (RVO). dtv 1977, München.
- RICHTER, H.E. et al. (eds, 1976): Familie und seelische Krankheit. Rowohlt, Reinbek / Hamburg.
- SCHMIDBAUER, W. (1977): Die hilflosen Helfer. Rowohlt, Reinbek / Hamburg
- SCHULTE, W. & TÖLLE, R. (1977): Psychiatrie. Springer, Berlin.
- SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett-Cotta, Stuttgart.
- STIERLIN, H. et al. (1977): Das erste Familiengespräch. Klett-Cotta, Stuttgart.
- SZASZ, T.S. (1960): The Myth of Mental Illness. American Psychologist, 1960, 15: 113-118. Washington, D.C.
- SZASZ, T.S. (1975): Geisteskrankheit - Ein moderner Mythos. Kindler, München.
- WATZLAWICK, P. (1977): Die Möglichkeit des Andersseins. Huber, Bern.

STELLUNGNAHME¹²

der (*fam*) e.V.

zum Entwurf des Psychotherapeutengesetzes 1978

Mit diesem Schreiben nimmt der Vorstand der Familientherapeutischen Arbeitsgemeinschaft (*fam*) e.V. zum Entwurf des Psychotherapeutengesetzes Stellung.

Wir gehen davon aus, daß dieser Gesetzentwurf im Kontext einer psychosozialen Reformbestrebung steht; diese psychosoziale Reformbestrebung hat u. E. zwei Ziele:

1. Reform der klassischen deutschen kustodialen Psychiatrie.
2. Aufbau eines angemessenen psychosozialen Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsangebots für die Bevölkerung.

Da wir den Entwurf zum Psychotherapeutengesetz im Zusammenhang mit dem angeführten zweiten Ziel sehen, begrüßen wir diesen Gesetzentwurf grundsätzlich als einen ersten Schritt in die genannte Richtung.

Bei Initiativen zu neuen Gesetzen ist es notwendig, wiederholt die Entwurfstexte zu überarbeiten, um im Bemühen, bestimmte Ziele zu erreichen, die optimale Lösung zu finden. In diesem Sinne verstehen wir den ersten Anlauf des Gesundheitsministeriums zur Schaffung des neuen Gesetzes als einen in vieler Hinsicht verbesserungswürdigen Vorschlag.

In den folgenden Passagen möchten wir kurz auf die uns verbesserungswürdig erscheinenden Punkte hinweisen:

¹ „Offener Brief“ vom 17.10.1978.

An das
Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit
Frau Ministerin A n t j e H u b e r
Kennedy Allee 105-107
5300 Bonn Bad-Godesberg

² Original in:

FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 14.10.1978 in der Rubrik „Dokumentation“
sowie
KONTEXT, 1979, 0: 49-56.

I. Der Gesetzentwurf schreibt den „individualpsychologischen Krankheitsbegriff“ fest (§ 1), der auf dem zur Zeit in der Medizin vorherrschenden „individuellen Krankheitsbegriff“ beruht. Selbst wenn man diesen Krankheitsbegriff um eine soziale Komponente „verdünnt“, wie dies im „psychosozialen Krankheitsbegriff“ geschehen ist (vgl. u.), bleibt der problematische Kern dieser Begrifflichkeit bestehen:

a. Da das, was man gemeinhin als „Psyche“ bezeichnet, nicht sinnlich wahrzunehmen ist, muß man das, was als „psychische Krankheit“ des Individuums erscheint, als Ausdruck persönlicher, zwischenmenschlicher oder sozialer Probleme ansehen (das Individuum, das sich als „Symptomträger“ darstellt, ist ja nicht organisch erkrankt).

Damit wird deutlich, daß der Begriff „psychische Krankheit“ in zweifacher Hinsicht eine Metapher ist:

- Symptome von Individuen sind Ausdruck persönlicher, zwischenmenschlicher und / oder sozialer Probleme;
- der Symptomträger erscheint dem Beobachter so, als sei er im klassisch-medizinischen Sinne krank.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat nun in seinem Gesetzentwurf diese Begrifflichkeit übernommen:

- implizit den „individualpsychologischen Krankheitsbegriff“,
- explizit die auf diesem „individualpsychologischen Krankheitsbegriff“ beruhenden „Krankheitskategorien“.

An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, daß diese Begrifflichkeit häufig dazu führt, daß die Probleme eines oder mehrerer Individuen chronifiziert werden (siehe die hohe therapeutische Mißerfolgsquote der klassischen Psychiatrie)!

b. Die Begründer der Familien- und Sozialtherapie haben - soweit sie sich vom klassischen medizinischen „Krankheitsdenken“ gelöst haben - explizit darauf hingewiesen, daß das als „krank“ erscheinende Verhalten der Mitglieder bestimmter Familien oder anderer Lebensgemeinschaften ihren jeweiligen Lebensumständen angemessen ist und damit also keine „Krankheit“ vorliegt.

c. Wenn man als Psychotherapeut dem Gesetz, wie es jetzt vorliegt, Folge leisten wollte, wäre man gezwungen, im Sinne des „individualpsychologischen Krankheitsbegriffs“ allen Personen, denen man als Psychotherapeut bei der Lösung ihrer persönlichen, zwischenmenschlichen und sozialen Probleme behilflich sein möchte, ein psychopathologisches Etikett zuzuweisen; Ehe-, Familien-, oder Sozialtherapie wären nach diesem Gesetzentwurf nicht möglich: Dieser Gesetzentwurf faßt keine Begriffe wie „Kommunikationsstörung innerhalb Zwei- oder Mehr-Personen-Systemen“ („soziale Konflikte“).

d. Schließlich bevorzugt dieser Gesetzentwurf eindeutig diejenigen Personengruppen, die es sich auf Grund ihrer finanziellen Möglichkeiten leisten können, ihre Psychotherapien privat zu bezahlen: Diese Personen haben dann das Privileg, nicht psychopathologisiert d.h. abgewertet zu werden - ein Privileg, das auch anderen Personengruppen zusteht.

e. Aus den eben genannten Gründen könnte man nun auf die Idee kommen, den „psychosozialen Krankheitsbegriff“ einzuführen. Dies erscheint jedoch wenig sinnvoll und viel

eher gefährlich, da man dann konsequenterweise alle sozialen Systeme, in denen Konflikte auftreten, als „psychosozial krank“ bezeichnen müßte. Beispiele solcher „kranker psychosozialer Systeme“ wären: Familien, in denen ein Kind bettnäßt; Schulen, in denen Schüler randalieren, Betriebe, in denen Menschen unter Arbeitsstreß zusammenbrechen; Wirtschaftssysteme, die zu viele Arbeitslose produzieren.

Aus den genannten Gründen machen wir folgende Verbesserungsvorschläge:

1. Der Psychotherapeut sollte nicht per Gesetz gezwungen sein, Rat - oder Hilfesuchenden Krankheitsetiketten zuzuweisen - zumal dann nicht, wenn zu befürchten ist, daß diese Etikettierung bei den betreffenden Menschen zu problem- / konfliktperpetuierenden Wirkungen führt.
2. Der Indikationskatalog sollte verschiedene Indikationsstellungen zusätzlich aufnehmen - und zwar solche, die nicht an den „individualpsychologischen Krankheitsbegriff“ gebunden sind:
 - a. Verhaltensstörungen (individuelle Ebene)
 - b. Kommunikations- bzw. Interaktionsstörungen - bzw. Beziehungskonflikte - Konflikte in Zwei- oder Mehr-Personen-Systemen (intrasystemische Ebene)
 - c. soziale Konflikte (Konflikte zwischen verschiedenen Personengruppen) (intersystemische Ebene)

II. Der Gesetzentwurf schließt die Lösung sozialer Konflikte ausdrücklich aus (§1 (4)). Wie aus der bisherigen Darstellung hervorgeht, sind es jedoch gerade soziale Konflikte, die psychische oder Verhaltensstörungen aufrechterhalten bzw. bewirken können.

Im Sinne der modernen Familien- und Sozialtherapie ist es wenig sinnvoll zu versuchen, nur mit einem Mitglied eines sozialen Systems therapeutisch zu arbeiten, wenn das soziale System, in dem der Symptomträger lebt, als Konflikträger identifiziert wurde oder das Symptom eines Menschen Ausdruck eines Konfliktes zwischen zwei oder mehreren sozialen Systemen ist.

Ein effektives therapeutisches Vorgehen verlangt immer die Definition eines „therapeutischen Systems“ bzw. einer „therapeutischen Einheit“, in das bzw. in die alle Personen einbezogen werden sollten, die am wirksamsten zur Lösung des jeweiligen Problems beitragen können. Da der Gesetzentwurf soziale Konflikte ausdrücklich ausschließt, ist damit auch Familien- und Sozialtherapie ausgeschlossen.

Aus den genannten Gründen leiten wir folgende Forderung ab:

Entgegen dem „individualistischen Reduktionismus“, der aus den Absätzen (2) und (3) des § 1 spricht, muß der situative, zwischenmenschliche und soziale Kontext, in dem psychische Probleme auftreten, berücksichtigt werden. Dazu ist es notwendig, interpersonale und soziale Konflikte ausdrücklich in den Gesetzestext mit einzubeziehen.

Ein Verzicht auf die genannten Bereiche würde dem psychiatrischen Wissensstand der 30er bis 40er Jahre dieses Jahrhunderts entsprechen und die Psychotherapeuten damit zwingen, langwierige, ineffektive und sozial unreflektierte Psychotherapie (meist auf individueller Ebene) zu betreiben.

III. Der Gesetzentwurf sieht keine Prävention psychischer oder sozialer Konflikte vor. Dieser Punkt hängt eng mit dem „individualpsychologischen Krankheitsbegriff“ zusammen: Der Gesetzentwurf zielt ab auf „Feststellung von Heilung“ „psychischer Erkrankungen“ von Individuen. Damit wird die prophylaktische Konfliktlösung im individuellen, v.a. jedoch im zwischenmenschlichen und sozialen Bereich a priori ausgeschlossen.

Da Psychotherapie nicht definiert werden darf als „Heilungsmethode für psychisch erkrankte, isolierte Individuen“, sind präventive Maßnahmen ausdrücklich in den Katalog des vom Gesetz festgelegten Umfangs der Psychotherapie einzubeziehen.

IV. Der Gesetzentwurf sieht vor, daß die „Ausbildung und staatliche Prüfung jeweils schwerpunktmäßig auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder auf die Behandlung von Erwachsenen“ ausgerichtet wird (§5(2)). Diese Trennung entspricht der herkömmlichen medizinischen Einteilung. Sie läßt außer acht, daß es gerade der wesentliche Zug der Familien- und Sozialtherapie ist, daß Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichzeitig in Therapie sind; da der Gesetzentwurf faktische Familien- und Sozialtherapie ausschließt, ist diese Trennung konsequent.

Es dürfte sich von selbst verstehen, daß Psychotherapie - definiert als Problem- / Konfliktlösungsmaßnahme, die den jeweiligen interpersonalen und sozialen Kontext bestimmter psychopathologischer Erscheinungen mit einbezieht - keine a priori Selektion der am Konflikt beteiligten Personen hinsichtlich des Alters vornehmen darf. - Selektionen der am Problem / Konflikt beteiligten Personen müssen vom jeweiligen Psychotherapeuten selbst mit dem Ziel einer optimalen Problem- / Konfliktlösung vorgenommen werden können.

Wir fordern daher, den § 5(2) hinsichtlich dieser Kritik zu überarbeiten.

V. Ausgesprochen wissenschaftsfeindlich erscheint uns der Gesetzentwurf hinsichtlich der vorgeschlagenen Beschränkung der Psychotherapie auf vier mehr oder weniger eng umschriebene Psychotherapieschulen (§5(2)); auf Dauer wird eine solche Selbstbeschränkung wenig förderlich sein für eine integrative, wissenschaftlich fundierte Psychotherapie.

Wir fordern daher, daß Psychotherapie nicht als schulengebundene Individualpsychotherapie definiert und gesetzlich festgelegt wird.

Für jedes Verfahren sollte es v.a. bei wissenschaftlicher Begründung seiner Effizienz möglich sein, in den vom Gesetzgeber anerkannten Katalog gültiger Psychotherapieverfahren aufgenommen zu werden. Noch sinnvoller wäre es, eine schulunenabhängige Psychotherapie einzuführen. - Wir fürchten jedoch, bei der derzeitigen „Psychotherapieschulenkongstellation“ wird es nur den Verfahren mit der stärksten Lobby gelingen, in das Gesetz mit aufgenommen zu werden.

* pathos *

Abschließend möchten wir noch darauf hinweisen, daß wir die Stellungnahmen der „DGSP, DGVT und GwG“ einerseits und die Stellungnahme der „ständigen Konferenz der Vertreter für klinische Psychologie und Psychotherapie“ andererseits unterstützen, soweit sie nicht die in der Stellungnahme implizierten Forderungen einschränken.

Wir hoffen, daß die von uns gemachten Verbesserungsvorschläge im Sinne der psychosozialen Reformziele in das Psychotherapeutengesetz eingearbeitet werden können.

Mit freundlichen Gruß
fam - Vorstand³

³ Der damalige Vorstand der (fam) e.V. bestand aus:

Klaus G. Deissler, Dipl.-Psych., 1. Vorsitzender
Vera Jughard, Dipl.-Psych., 2. Vorsitzende
Christina Mönnich, Dipl.-Psych., Schatzmeister.

DAS MAILÄNDER MODELL

EIN INTERVIEW MIT MARA SELVINI PALAZZOLI

Mara SELVINI PALAZZOLI (msp)

Interviewer: Klaus G. Deissler (kd)¹

Work innovatively toward synthesis of new ideas, but expect no encouragement until **after** you have made a success.

H.C. SHANDS

VORWORT

Während meines Besuches im „Centro per lo studio della Famiglia“ in Mailand habe ich am 10.4.1979 für die Informationsblätter der DAF² K O N T E X T das folgende Interview geführt.

Nach den Gründen für dieses Interviews gefragt, möchte ich folgendes antworten: Im deutschen Sprachraum herrschen durch verschiedene Entwicklungsprozesse bedingt psychoanalytische und / oder psychiatrische Denk - und Handlungsmodelle vor, die man in ihrer Überzahl vom therapeutischen Ansatz her als „sozial-atomistisch“ bezeichnen kann. Diese Modelle zeichnen sich dadurch aus, daß sie hinsichtlich des Verständnisses menschlicher Probleme „ego-zentri-petal“ angelegt sind. Dies heißt verkürzt gesprochen:

Gemäß dem zugrundeliegenden „medizinischen Modell“ werden fast alle menschlichen Probleme als Probleme von Individuen angesehen; (diese Betrachtungsweise herrscht z.Zt. in allen psychosozialen Berufsgruppen vor). Durch dieses geistige Konstruktionsprinzip werden Individuen losgelöst von ihrem natürlichen - d.h. ökosystemischen - Kontext betrachtet und damit künstlich „isoliert“, darüber hinaus werden die betreffenden Individuen hinsichtlich

¹ Original in: KONTEXT 1979, 1: 72-102.

² Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie, DAF e.V.

psychiatrischer „Gesundheits- / Krankheitslehre kategorisiert“ und schließlich - je nach therapieprognostischem Wert der psychiatrischen Kategorie - therapiert oder „verwahrt“.

Dieses Vorgehen hat verschiedene Konsequenzen: Es verschleiert die gesellschaftliche Funktion des Kategorisierenden, blendet das gesamte systemische Wirkungsgefüge, welches die Basis der jeweiligen Probleme darstellt, aus und stellt damit eine Selbstbehinderung psychotherapeutischer Arbeit dar.

Ich hoffe durch dieses Interview wird deutlich, daß es echte Alternativen zu dem kurz skizzierten „medizinischen Modell“ gibt und welcher ungeheuren Anstrengung es bedarf, solche Alternativen umzusetzen und sie in der Praxis durchzuhalten: Das **Mailänder Modell** stellt für mich eine der wenigen zukunftsweisenden systemischen Alternativen dar. Zu den formalen Aspekten des Interviews möchte ich folgende Informationen geben: Die Fragen wurden von Herrn Hans-Friedrich Kraa (Marburg) ins Italienische übersetzt und direkt an Frau Selvini gerichtet. Frau Selvini antwortete in englischer Sprache - Zusatzfragen wurden von mir ebenfalls in Englisch gestellt. Die Rückübersetzung und Redaktion wurde vom Interviewer selbst vorgenommen. Die Gesamtdauer des Interviews betrug ca. 1 1/2 Stunden. Abschließend möchte ich mich bei der „Familientherapeutischen Arbeitsgemeinschaft Marburg (fam) e.V.“ für die Beteiligung an den Dolmetscherkosten bedanken.

Für die Redaktion des KONTEXT
Klaus G. Deissler

INTERVIEW MIT MARA SELVINI PALAZZOLI

kd: Frau Selvini, Sie sind eine der bekanntesten Familientherapeuten Europas, wie sind Sie zur Familientherapie gekommen?

msp: In einer bestimmten, ganz anderen Weise als meine Kollegen - nicht nur zur Familientherapie, sondern auch zur Psychiatrie: Ich war Internist, ein Praktiker der Allgemeinmedizin an der Universität von Mailand. Dort sah ich zum ersten Mal anorektische Patienten, und ich bemerkte in den fünfziger Jahren, daß es unmöglich war, diese Patienten medikamentös zu behandeln und daß es sich dabei sicherlich um psychologische Probleme handelte.

Nachdem ich mich auf innere Medizin spezialisiert hatte, beschloß ich aus diesem Grund, mich auf Psychiatrie zu spezialisieren und mich in Psychoanalyse auszubilden - lediglich, um die Anorexie zu verstehen, weil ich an diesem Problem sehr interessiert war.

Ich wurde psychoanalytisch ausgebildet bei Professor Benedetti in Basel. Er kommt aus Sizilien und leitet das Institut für Psychotherapie in Basel. - 1963 schrieb ich mein erstes Buch: „Anorexia Mentale³“, das von Feltrinelli verlegt wurde - Feltrinelli war immer mein Verleger. -

³ Eine umgearbeitete und hinsichtlich der familientherapeutischen Perspektiven ergänzte Fassung erschien 1974 in englischer Sprache: SELVINI PALAZZOLI, M.: Self Starvation. Human context Books, London.

Inzwischen erschien auch die deutsche Ausgabe:
SELVINI PALAZZOLI, M. (1982): Magersucht. Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.

Danach gründete ich eine Gruppe hier in Mailand. Diese wollte Psychotherapie in das psychiatrische Krankenhaus einführen - natürlich mit dem psychoanalytischen Modell ausgerüstet.

In den Jahren 1964-65 geriet ich in eine Krise, weil ich den Eindruck gewann, daß die Psychoanalyse kein gutes Instrument sei. Zu wenig Patienten konnten behandelt werden, die Behandlung war sehr teuer und die Ergebnisse waren mager, ärmlich. Ich habe damals ca. 60 anorektische Patienten behandelt: Die Ergebnisse waren nicht sehr gut, die entsprachen nicht den enormen Anstrengungen und dem Zeitaufwand, den ich diesen Patienten widmen mußte. Aber der „Tropfen“, der meine volle Krise auslöste, war eine Serie sehr interessanter Aufsätze, die von Lyman Wynne und Margret Thaler Singer 1963 veröffentlicht wurde. Ich las diese Aufsätze jedoch erst 1965. Der Titel der Aufsätze lautet „Thought Disorders and Family Relations of Schizophrenics“⁴. Nachdem ich diese Aufsätze gelesen hatte, begann ich alle Aufsätze zu lesen, die damals veröffentlicht wurden und die Familien von Schizophrenen betrafen: Ich geriet also in eine entscheidende Krise, und innerhalb einer sehr kurzen Zeit entschied ich, daß es für mich nicht mehr aufrichtig war, Psychoanalytiker zu sein, weil ich überzeugt war, daß der Weg falsch war. Deshalb entschloß ich mich innerhalb einer Woche, meinen Beruf aufzugeben. Ich wollte lediglich die Fälle beenden, die ich begonnen hatte - es wäre nicht aufrichtig gewesen sie im Stich zu lassen - aber ich nahm keine neuen Fälle mehr an. Meine Haushälterin hatte damals den Auftrag, wenn jemand um einen Termin bitten sollte, mitzuteilen: „Dr. Selvini hat ihren Beruf aufgegeben.“

Ich wurde damals sehr kritisiert von Psychoanalytikern - jeder lachte über mich: „Die ist verrückt“ usw. - Aber ich war sehr überzeugt von meinen Ideen. Ich gab also meinen Beruf auf und begann mit Familientherapie.

1967 gründete ich das erste Zentrum für Familientherapie. Wir waren sehr arm, ich hatte kein Geld. Dieses Zentrum befand sich in einem Keller, einer Art Katakombe. Dort traf ich die ersten Familien. Danach ging ich in die Staaten - nur für kurze Zeit: Ich hielt mich insbesondere in Philadelphia auf, dort war ich sehr unglücklich, denn ich ging zum Institut von Boszormenyi-Nagy und Framo: Sie verwandten das psychoanalytische Modell. - Als ich zurückkam, schlugen alle Bemühungen fehl.

Deshalb entschied ich, daß die Psychoanalyse nicht das richtige Modell sei und daß es notwendig sei, das systemische Modell zu wählen. Wir entschlossen uns damals, Dr. Watzlawick für ein paar Tage einzuladen, um zu entscheiden, daß wir unsere Richtung geändert hatten. Unsere Anstrengungen bestanden also darin, absolut kohärent mit dem Modell zu werden, das wir gewählt hatten, die Psychoanalyse in eine Schublade zu stecken und sie zu vergessen.

Die Psychoanalyse war für mich eine sehr wichtige „Ausbildung“, ich habe über 15 Jahre mit diesem Modell gearbeitet. Ich hatte eine sehr gute Ausbildung bei Professor Benedetti. Ich hatte keine Angst, von meinen Klienten an der Nase herumgeführt zu werden, und ich lernte auch die nonverbale Sprache zu verstehen - das Verhalten als Kommunikation usw..

Aber bedingt durch das psychoanalytische Modell war ich für eine gewisse Zeit gezwungen, das „lineare“ Modell anzuwenden und dementsprechend zu denken: Z.B. dieser Vater ist ein Krimineller, diese Mutter ist die Ursache von allen Schwierigkeiten. Danach mußten wir jedoch die gesamte Kraft des Teams zusammennehmen, um einen Sprung zu vollziehen, damit wir das systemische bzw. zirkuläre Modell erreichen konnten - das war ein extrem schwieriges Unterfangen. Deshalb hatte ich auch so viele Schwierigkeiten mit dem Team, denn ich gründete das Team, als wir das psychoanalytische Modell benutzten. Nachdem ich mich entschloß, die Psychoanalyse aufzugeben, um mir das systemische Modell zu eigen zu machen,

⁴ vgl. WYNNE, L.C. & SINGER, M.Th. (1963): Denkstörung und Familienbeziehung bei Schizophrenen.

I: Eine Forschungsstrategie,

II: Eine Klassifizierung von Denkformen

In: Psyche, 19: 82-95 sowie 96-108.

kam es zu Auseinandersetzungen im Team, was schließlich dazu führte, daß 4 Mitglieder des Teams weggingen. Ich blieb zurück mit dem jetzigen Team: Dr. Boscolo, Dr. Cecchin und Dr. Prata. Die anderen Mitglieder verließen das Team, weil sie das psychoanalytische Modell nicht aufgeben wollten.

Ende 1971, Anfang 1972 begannen wir unsere Forschungen mit diesem Programm, um schizophrene Familien zu behandeln. Die Erfahrungen aus dieser Zeit sind in dem Buch „Paradoxon und Gegenparadoxon“⁵ dargestellt. Wir behandelten auch viele anorektische Familien usw.. Die Anstrengungen waren jedoch absolut schrecklich, weil wir jeden Augenblick in das lineare Modell zurückfielen, jeden Moment stellten wir fest, daß wir kausal dachten und nicht systemisch. - Heute bin ich überzeugt, während jeder proklamiert: „Ich bin systemisch“ - Minuchin sagt: „Ich bin systemisch“, Selvini sagt: „Ich bin systemisch“ - ist niemand wirklich systemisch: Es ist unmöglich, wirklich systemisch zu denken, weil wir die Sprache benutzen - und die Sprache ist linear. Wir sind also nur in bestimmten mystischen Augenblicken systemisch, und diese Augenblicke sind sehr kurz. Deshalb fallen wir immer wieder in das kausale Modell zurück. Im Alltagsleben müssen wir sogar kausale Modelle benutzen: Wenn mich z.B. jemand tritt, kann ich nicht sagen: „Ich will das jetzt mal systemisch sehen“ - ich muß ja reagieren und sage dann vielleicht: „Du Schuft!“ usw.. Deshalb ist die ganze Sache sehr, sehr schwierig. Wenn man weint, weint man. Es ist unmöglich weinen nachzuahmen. Manchmal bin ich also ein wenig systemisch, es ist jedoch unmöglich, vollständig systemisch zu sein. Deshalb ist es unmöglich, ununterbrochen im zirkulären Modell zu denken. Aus diesem Grund haben wir uns, nachdem wir „Paradoxon und Gegenparadoxon“ geschrieben haben, dem Erfinden von Instrumenten und Kunstgriffen oder einigen Richtlinien gewidmet, die uns zwingen, im zirkulären Modell zu denken.

kd: Gibt es Personen, denen Sie in praktischer und theoretischer Hinsicht verpflichtet sind?

msp: Wen meinen Sie mit dieser Frage?

kd: Ich denke in erster Linie an Bateson, vielleicht kann ich noch Watzlawick nennen.

msp: Ja, ich habe einen Gott: Gregory Bateson. Ich denke, daß Gregory Bateson der Genius Maximus der Humanwissenschaften ist. - Watzlawick ist ein sehr guter Wissenschaftler. Er hat das unsterbliche Verdienst, die Arbeiten von Palo Alto in „Pragmatics of human Communication“⁶ gesammelt zu haben, aber er ist kein origineller Denker. Der Genius ist Gregory Bateson, der zweite ist Jay Haley, der dritte Don Jackson und Stop!

Nach meiner Meinung liegt der Schlüssel für das systemische Denken in „Steps to an ecology of mind“⁷.

Ich habe erfahren, daß Bateson an Krebs erkrankt ist - man sagte, er würde bald sterben, aber inzwischen soll es ihm besser gehen. Bateson hatte die Absicht, ein weiteres Buch zu schreiben: „Mind and Nature - An Unseparable Unit“⁸ es ist noch nicht erschienen.

⁵ SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett, Stuttgart.

⁶ WATZLAWICK, P. et al. (1967): Menschliche Kommunikation. Huber, Bern.

⁷ deutsch:

BATESON, G. (1983): Ökologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt.

⁸ BATESON, G. (1982): Geist und Natur. Suhrkamp, Frankfurt.

Aber Gregory Bateson ist nach meiner Meinung ein so schwieriger Autor, ein so schwieriger Schriftsteller - er denkt ständig auf der Meta-, Meta-, Meta-, Meta-Ebene, deshalb ist es unmöglich, ihn zu verstehen. Meiner Meinung nach hat er eine mystische Intuition davon, wie zirkulär unser Leben ist, daß unsere Lebensrealität zirkulär ist. Für uns ist es unmöglich, das nachzuvollziehen.

„Steps to an Ecology of Mind“ ist kein Buch, das man einfach liest - man muß es lesen und lesen und nochmals lesen und darüber meditieren, meditieren und wieder lesen - vielleicht 100 mal. In diesem Buch liegt also der Schlüssel. Wenn man von diesem Punkt ausgeht, ist es notwendig, genau diesen Weg weiterzugehen, denn Bateson ist der richtungsweisende Denker, der den richtigen Weg zeigt.

Bateson war es ja, der die geniale Idee hatte, daß die Familie ein System sei. Bateson hat auch die kybernetischen Gedanken entwickelt, daß das Programm, nach dem eine Familie funktioniert, vergleichbar ist mit dem Programm eines Computers. Wenn man das Programm eines Computers verändert, ändert sich die Arbeitsweise des Computers.

Wenn man das Programm einer Familie, das sich aus Regeln zusammensetzt, ändert, ändert sich die Familie. - Nehmen wir z.B. die Familie die gestern da war: Bei dieser Familie habe ich die Regeln verändert - viele, viele Regeln, ohne es zu erklären; z.B. wenn ich ein Familienmitglied frage: „Wie sehen Sie die Beziehung zwischen Ihrer Mutter und Ihrem Vater, zwischen Ihrem Vater und Ihrer Großmutter, zwischen Ihrer Schwester und Ihrem Vater?“ - dann breche ich eine Regel, weil es in dysfunktionalen Familien verboten ist, in Gegenwart der anderen Beziehungen zu kommentieren - metazukommunizieren. Und am Ende der Sitzung habe ich gegen eine weitere Regel verstoßen: In dieser Familie war es nämlich verboten, über Beziehung zwischen der Großmutter und ihrem Sohn zu sprechen, über deren Koalition - nicht etwa über die Beziehung Tochter und Großmutter - denn der Vater war Priester, und er haßt Frauen, und er benutzt seine Mutter, um gegen seine Frau vorzugehen - das ist ganz typisch für eine solche Horrortype von Mann. Aber wenn ich es so begründe, riskiere ich, die ganze Sache kausal zu begründen - aber es ist eben nicht kausal, denn die Ehefrau ist ebenfalls in das Spiel involviert. Sie ist kein Opfer, sie macht mit. Sie können also sehen, wie kompliziert das Ganze ist.

Um auf unseren Ausgangspunkt zurückzukommen: Der Weg wurde von Gregory Bateson bereitet.

kd: Genauso schätze ich es ein.- Bateson ist der Begründer dieser Denkmodelle. Aber lassen Sie mich etwas anderes feststellen: Minuchin scheint Bateson zu mißachten ...

msp: ... vollständig! - Ich mag Minuchin als Mann sehr: Wir hatten zwei schreckliche Auseinandersetzungen, aber wir mögen einander - sehr sogar. Ich mag ihn, ich weiß nicht warum - ich nehme an, er mag mich. Ich traf Minuchin zum ersten Mal 1977 in New York. Dort zeigte man viele Videoaufnahmen von unseren Sitzungen, die im Ackerman-Institut aufgenommen wurden. Minuchin kam von Philadelphia und sah sich diese Bänder an. Danach hatten wir eine schreckliche Diskussion, und er sagte zu mir: „Dr. Selvini, ich weiß nicht, ob Sie ein Familientherapeut sind oder nicht, ob Sie Erfolge haben oder nicht, weil wir andauernd davon sprechen, Forschungen zu betreiben. Sind Sie ein Familientherapeut oder nicht?“ Ich antwortete: „Ich bin kein Familientherapeut. Ich bin sicher, daß ich kein Familientherapeut bin“. - Er war perplex und ich fuhr fort: „Ich forsche danach, was Familientherapie ist, denn ich weiß nicht, was Familientherapie ist.“ Und paradoxerweise - sehen Sie - fügte ich hinzu: „Ich benutze etwas, das ich Familientherapie nenne, um zu wissen, was Familientherapie ist. Aber ich weiß es nicht ... vielleicht wissen Sie sicher, daß Sie Familientherapeut sind, aber ich bin es nicht, weil ich nicht weiß, was das ist!“ - Er war schockiert. Aber ich war vollständig aufrichtig und sehr verärgert, absolut verärgert - nicht wegen Minuchin, denn ich glaube, sein theoretisches Modell ist sehr

„seicht“, sehr, sehr seicht. Das ist ein Modell für Sozialarbeiter, das ist kein Modell für Gregory Bateson. Also das Modell ist theoretisch gesehen von sehr niedrigem Niveau - vielleicht sehr nützlich für diese Leute, die „was tun wollen“, vielleicht haben sie Erfolge damit, aber es ist kein Modell für die Forschung in den Humanwissenschaften. - Ich bin nicht daran interessiert - z.B. diese Familie von gestern - zu „heilen“. Ich bin daran interessiert, wie der Mensch in seiner natürlichen Gruppe funktioniert und nicht daran, Familien zu heilen - vielleicht ging es ihnen vor der Therapie besser - ich weiß es nicht. Ich bin nicht so sicher, ob es ihnen morgen besser geht. Ich möchte nur Änderungen bewirken, weil ich neugierig bin.

Als Jay Haley in Zürich war, sagte er etwas sehr Anstößiges: Therapie sei etwas anderes als Forschung - das ist verrückt, das ist lächerlich. Jede Sitzung ist Forschung! Aus diesem Grund hatte ich eine weitere schreckliche Auseinandersetzung. Als ich letztes Jahr im Juni in Florenz⁹ war, - ich weiß nicht, was los war - Jay Haley und Minuchin waren sehr erschreckt. Minuchin bat mich: „Kommen Sie nicht zu meinem Seminar, ich bin nicht auf Sie vorbereitet!“

kd: Sie hatten doch ohnehin nicht die Absicht?

msp: Nein! Ich mag doch diese Leute - aber ich stimme nicht mit ihren Ideen überein, das verstehen die nicht, das ist doch eine ganz andere Sache: Ich kann mit jemanden sehr befreundet sein usw. - die Ideen sind doch andere, die muß man doch diskutieren können, und ich mag sie doch!

kd: In der BRD hat es sich eingebürgert, drei verschiedene Richtungen der Familientherapie zu unterscheiden: - psychoanalytisch orientierte, wachstumsorientierte und problemlösungsorientierte.

Halten Sie diese Einteilung für sinnvoll, würden Sie sich einer dieser Orientierungen zuordnen und welche Besonderheit weist Ihre Familientherapie auf?

msp: Ja, ich glaube dieselbe Einteilung finden Sie in Italien oder in den USA. - Nun habe ich in verschiedenen amerikanischen und englischen Zeitschriften gelesen, daß die Psychoanalyse in den USA am Ende ist - vollständig am Ende: Es gibt keine Forschungsförderung mehr, keine Ausbildungskandidaten mehr, die Psychoanalytiker werden wollen usw.. In den USA kehrt man zu Psychopharmaka zurück - und nach meiner Meinung vollkommen zurecht, denn die Psychoanalyse bewirkte absolut nichts: Bei anorektischen Kindern - nichts, in den Kliniken - nichts. Daher hat man vollkommen recht, kein Geld mehr dafür zur Verfügung zu stellen. Es ist vielleicht besser, Medikamente zu verabreichen als Psychoanalyse.

Dieselbe Einteilung finden Sie auch in Italien, aber nach meiner Meinung haben die Wachstumstherapie, die Psychoanalyse und die Problemlösetherapie nichts mit dem systemischen Modell zu tun, weil das systemische Modell eine radikale Revolution darstellt, eine Veränderung des Denkens, die Aufgabe der aristotelischen Logik, die endgültige Aufgabe des „medizinischen Modells“, das nicht nur in der Psychiatrie angewandt wird, sondern unglücklicherweise auch in der Psychologie - auch die klinischen Psychologen haben nur das „medizinische Modell“ im Kopf: Es gibt wirklich nichts, das wir heilen würden, weil ich nicht weiß, was richtiger ist. Ich kann Ihnen nicht sagen: „Herr Klaus Deissler, Sie sollten dies nicht tun oder das tun“ usw. „Ich weiß doch nicht, was für Sie richtig ist.“ Aber wenn Sie zu mir kämen und sagten: „Ich fühle mich nicht wohl, so wie ich bin“, würde ich mich anstrengen, Sie zu ändern, aber ich weiß nicht, in welcher Richtung, weil ich glaube, daß Sie clever genug sind, um Ihre eigene Richtung zu finden. - Unsere Familien sind clever genug, ihre Probleme selbst zu lösen,

⁹ 11. International Conference: „The Family Therapy in the Community“, 21.-24. Juni 1978.

nachdem ich ihr repetitives Spiel gebrochen habe. Sie finden ihre Lösung besser, als ich es jemals könnte.

Minuchin ist sicher, er weiß, was besser für die Familien ist. Das ist lächerlich, absolut lächerlich. Das ist das typische amerikanische Konzept „Ich weiß es besser als Sie, weil ich Spezialist bin. Ich weiß besser als Sie, was für Sie als Paar richtig ist. Ich weiß besser, was für Sie als Familie gut ist.“

Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht, wenn es mir gelungen ist, das repetitive Spiel zu brechen, findet die Familie die beste Lösung, während ich mir diese Lösung gar nicht vorstellen kann.

Vor drei Monaten behandelten wir in nur einer Sitzung ein schizophren-katatones Mädchen in der ersten Krise erfolgreich - diese Familie hat eine Lösung gefunden: herrlich! Die Sitzung war sehr gut, aber die Lösung war viel, viel besser, denn wir haben das repetitive Spiel gebrochen. Sofort danach war das Mädchen nicht mehr schizophren und die Familie mußte eine Lösung finden - sie brachen sofort danach die Therapie ab.

Bei unseren Therapieabbrüchen unterscheiden wir zwischen Abbruch wegen „Veränderung“ und Abbruch, weil „nichts geht“. - Im eben genannten Fall haben wir einen Abbruch wegen Veränderung; denn diese Familie weiß, wie sie eine Lösung gefunden hat ohne den Therapeuten, eine bessere Lösung, als ich sie mir je hätte vorstellen können ...

kd: ... Sie brechen nur das repetitive Spiel und geben keine Lösung vor ...

msp: ... niemals, niemals in meinem Leben - weder Dr. Prata, Dr. Boscolo noch Dr. Cecchin geben einer Familie vor, was sie zu tun hat. Niemals!

kd: Sie fühlen sich also nicht als pädagogischer Lehrmeister Ihrer Familien ...

msp: ... Niemals, weil ich Respekt vor meinem Nächsten habe.

kd: Will man psychoanalytisch orientierten Familientherapeuten glauben, so ist für einen Familientherapeuten in vielerlei Hinsicht Voraussetzung für seine Arbeit die intensive Auseinandersetzung mit seinen eigenen Problemen:

- manche sehen die Lehranalyse als beste Voraussetzung für einen Familientherapeuten an;
- inzwischen neigen einige Familientherapeuten dazu, die Familien ihrer Ausbildungskandidaten - die Familien der zukünftigen Familientherapeuten also - einzuladen und diese gemeinsam einer Familientherapie zu unterziehen ...

msp: ... ja, weil das Idioten sind, ja..

kd: ... Herr Haley hat sich zu diesem Problem letztes Jahr in Florenz sinngemäß folgendermaßen geäußert: Er sagte, ihm seien keine Untersuchungen bekannt, die aufzeigen würden, daß „selbsterfahrene“ Familientherapeuten in irgendeiner Hinsicht bessere Therapeuten seien. Er würde es vorziehen, bei bestimmten Problemen, die bei den zukünftigen Familientherapeuten „blinde Flecke“ vermuten ließen, diese durch Übung mit Familien im Rahmen der Live-Supervision zu vermindern. Gibt es also einen Selbsterfahrungsmythos in der Psychotherapie und kann man die Lehranalyse als Strategie zur Aufrechterhaltung der Kontrolle etablierter Psychotherapeutenkreise über die Lernenden bezeichnen?

msp: Ja, - um eine Kirche aufzubauen - nur deshalb.

Sehen Sie, was diese Leute sagen, ist folgendes: Niemand weiß, niemand kann wissen - weil es unmöglich ist, zweimal im selben Fluß zu baden - niemand weiß also, ob ich oder meine Koll-

gen gute Therapeuten sind, weil wir Psychoanalytiker sind. Das ist unmöglich, denn es wäre ja notwendig, zum Fluß zu gehen, Wasser zu trinken und dann alles zu vergessen. Es ist also unmöglich zu wissen, ob wir gute Familientherapeuten sind, weil wir Psychoanalytiker waren. Deshalb ist es auch unmöglich zu entscheiden, ob es notwendig ist, eine Lehranalyse zu machen, um ein Familientherapeut zu werden.

In unserem Institut gehen wir deshalb folgendermaßen vor:

Dr. Boscolo und Dr. Cecchin sind die Ausbildungsleiter an unserem Institut - ich bin nicht daran interessiert, auszubilden. Die beiden stellen einige Gruppen zusammen, um die Motivation für Familientherapie zu überprüfen. Falls eine Person zu gestört ist, schicken sie sie wieder weg: „Werden Sie kein Therapeut, Tschüs“ usw.. Wenn die Leute sich mehr im mittleren Bereich befinden, wirklich motiviert sind, sehr clever sind, sich das zirkuläre bzw. systemische Modell aneignen wollen, sie Phantasie haben und unsere Techniken lernen wollen usw., können sie gute Familientherapeuten werden.

Inzwischen haben wir Erfahrungen gewonnen, denn wir haben vor zwei Jahren Therapeuten ausgebildet: Sie sind sehr, sehr gute Therapeuten, und sie wurden nicht analysiert.

Die Praxis, die in vielen Instituten im Ausland üblich ist, nämlich die Familiensituation des Ausbildungskandidaten zu analysieren, ist absurd, idiotisch, lächerlich usw., weil wir definitionsgemäß Mitglieder unserer Familie sind. Wenn wir als Familienmitglieder in der Familie sind, sind wir immer in F-Position und nicht in T-Position. Die Position eines Familienmitgliedes ist die F-Position und nicht die Meta-Position: Was sollen wir also in der Familie analysieren? Wenn wir Therapeuten sind, müssen wir in einer vollständigen anderen Position sein: Nicht in der F-Position, sondern in der Meta-Position. Das ist also ganz anders.

Die Anstrengungen der Familie gehen dahin, uns zu Mitgliedern der Familie zu machen - und wenn die Familie schizophran ist, schafft sie es auch. Wenn wir also keine andere Hilfe von anderen Kollegen haben, schaffen sie es, uns einzubeziehen, uns zu homöostatischen Mitgliedern der Familie zu machen.

Daß wir uns als Therapeuten also einer Familientherapie unterziehen bzw. unsere Position in der Familie analysieren lassen, ist ein absolut dummer Gedanke - da stimme ich genau mit Jay Haley überein.

kd: Wir können jetzt überleiten zu Ihrem familientherapeutischen Modell mit seinen Besonderheiten. Sehen wir uns zunächst die Rahmenbedingungen an:

Arbeiten Sie ausschließlich familientherapeutisch, d.h. mit allen Familienmitgliedern bzw. den Subsystemen einer Familie, und gibt es Bereiche, bei denen Sie auf ihr systemtheoretisches Familienmodell verzichten?

msp: Ich arbeite in drei Bereichen: Der erste ist natürlich die Familientherapie mit dem systemischen Modell. Wie ich Ihnen gestern bereits erzählt habe, teilen wir inzwischen auch die Familien auf und arbeiten mit den Subgruppen, z.B. mit der letzten Generation alleine. Familien in Subsystemen aufteilen und z.B. die erste und letzte Generation getrennt behandeln, ergibt manchmal gute Ergebnisse - insbesondere bei Schizophrenie. Das ist genau das Gegenteil von dem, was wir in „Paradoxon und Gegenparadoxon“ sagten: „Teile niemals die Familien auf!“. Inzwischen erscheint es uns insbesondere bei schizophranen Familien zu einem bestimmten Zeitpunkt notwendig. Wir hatten enorme Erfolge dadurch, daß wir die letzte Generation einluden, z.B. haben wir einen Schizophrenen mit seinen 4 bis 5 Geschwistern eingeladen, um eine Allianz, eine Gang der letzten Generation zu bilden; denn sehr häufig ist der designierte Patient mit seinen Eltern involviert und von den Geschwistern isoliert. Die Eltern auszuschließen und eine Allianz der letzten Generation auf gleichem Niveau der Geschwister und dem designierten Patient zu bilden, erweist sich deshalb als sehr, sehr nützliche Taktik.

Der zweite Bereich, in dem ich arbeite, ist die katholische Universität: Dort arbeite ich mit Schulpsychologen, Betriebspsychologen, Psychologen, die in der Forschung und in großen Organisationen arbeiten, zusammen. Innerhalb dieser Forschungsarbeit wende ich dasselbe systemische Modell an. Ich habe darüber das Buch „Der entzauberte Magier“¹⁰ veröffentlicht und in Florenz einen Artikel mit dem Titel „Pitfalls in Organizations: The Redundancies Observed in Every Organization“¹¹ vorgestellt. Dieser Artikel wird zusammen mit einem weiteren „Why long intervals between sessions in treating the schizophrenic family“ von Guilford Press¹² veröffentlicht.

Unabhängig vom Typ der Organisation habe ich mit den Psychologen zusammen, die in solchen Organisationen arbeiten, drei typische Phänomene, drei typische Fallen festgestellt. Diese Fallen findet man, da sie repetitiv, redundant sind, in jeder Art von Organisation. - Dies ist also mein zweiter Arbeitsbereich.

Innerhalb meines dritten Arbeitsbereiches behandle ich zu Forschungszwecken auch individuell Patienten mit orthodoxer, orthodoxer, orthodoxer Psychoanalyse - aber manchmal gebrauche ich Paradoxien: Wenn ich Widerstand antreffe, verschreibe ich den Widerstand. Aus diesem Grund ist die Behandlung sehr viel dynamischer. Wenn ich z.B. schizophrene Patienten individuell behandle, analysiere ich die Übertragung - das ist orthodox, aber manchmal nehme ich eine Verschreibung vor. Ich habe z.B. eine Patientin die schizophren war - inzwischen ist sie aus der Psychose raus. Es war unmöglich, die Familie zu behandeln, denn sie lebt im Ausland. Ich habe sie jedoch manchmal getroffen und kannte somit das Problem der Familie - diese Patientin war erschreckt durch ihre Fortschritte. Sie bestand darauf, mehr als zwei Sitzungen pro Woche zu bekommen. Deshalb habe ich ihr verschrieben, um mehr Sitzungen zu bitten, und dies wie folgt begründet: „Also in jeder Sitzung diskutieren wir darüber, daß sie mehr Sitzungen haben wollen. Damit hören wir auf, die Therapie fortzusetzen, das ist gut für Sie, weil Sie durch Ihre Fortschritte erschreckt sind. - Bitten Sie also um mehr Sitzungen!“- Ich verschreibe immer den Widerstand.

kd: Können Sie kurz etwas über die prozentuale Aufteilung dieser drei Arbeitsbereiche sagen?

msp: Der wichtigste Bereich ist die Familientherapie, in diesem Bereich arbeite ich drei Tage pro Woche. Je ein Tag ist für große Systeme und Individualtherapie vorgesehen, an den restlichen Tagen studiere und schreibe ich usw., basta!

kd: Sie leiten ein privates Institut: Was hat Sie bewogen, Ihr Institut auf privater Basis zu konzipieren?

¹⁰ SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1978): Der entzauberte Magier. Klett-Cotta, Stuttgart.

¹¹ Dieser Aufsatz ist meines Wissens bisher nicht erschienen. Das angesprochene Thema wird jedoch in folgendem kürzlich erschienenen Buch abgehandelt: SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1984): Hinter den Kulissen der Organisation. Klett-Cotta, Stuttgart.

¹² SELVINI PALAZZOLI, M. (1980): Why a Long Interval Between Sessions. The Therapeutic Control of the Family-Therapist Suprasystem. In: ANDOLFI, M. & ZWERLING, I.: Dimensions of Family Therapy. Guilford, New York.

deutsch:

Die Notwendigkeit langer Abstände zwischen den Sitzungen. In: Zeitschrift für Systemische Therapie, 1984, 4: 49-56.

msp: Freiheit, um frei zu sein. In Italien ist alles Politik: Wenn ich Geld von den Kommunisten nehme, muß ich für sie arbeiten. Wenn ich Geld von der Kirche nehme, dann muß ich für die Kirche arbeiten usw., usw. - und wenn ich Geld von der Forschungsförderung nehme, zwingen sie mich, Mitarbeiter einzustellen - ich kann nicht mit Leuten zusammenarbeiten, die ich hasse, das ist unmöglich: Also um frei zu sein.

kd: Aus welchen sozialen Schichten und mit welchen Problemen kommen Familien zu Ihnen? Gibt es Familien, die sie hinsichtlich Ihrer spezifischen Problematik ablehnen?

msp: Nein, am Anfang hatte ich nur anorektische Patienten - etwa zwischen 69 bis 72 - weil ich für mein Fachgebiet Anorexie bekannt war und es damals in Italien auch keine anderen Familien gab, die Familientherapie haben wollten. Darüber hinaus konnte ich in jenen Jahren nur solche Familien akzeptieren, die zahlen konnten. Ich hatte damals sehr große Unkosten, und es war unmöglich, arme Leute zu behandeln. Heute ist das ganz anders, weil wir arme Leute in der Ausbildung behandeln: Der Ausbildungskandidat bezahlt für die Familie. Wir haben vier Ausbildungstage in der Woche: Dienstag, Donnerstag, Freitag und Samstag. Auf diese Weise können wir arme Familien behandeln - sie bezahlen nicht nichts, aber sehr, sehr wenig ...

kd: ... wieviel bezahlen diese Familien selbst?

msp: 10 bis 20 DM.

kd. Sie lehnen also keine Familien ab, weil sie eine besondere Problematik aufweisen?

msp: Nein, aber wir haben Schwierigkeiten mit den überweisenden Personen hier in Mailand, weil diese Personen neidisch sind. Ich war z.B. eine Zeitlang sehr daran interessiert, das Problem des Stotterns zu untersuchen: Mir wurde nur eine Familie überwiesen, weil diese Leute eifersüchtig sind und keine Patienten schicken möchten.

kd: Wenden Sie Familientherapie an, wenn der Symptomträger hospitalisiert ist?

msp: Ja, das ist eine sehr gute Sache für mich und kein Problem - wie etwa für Jay Haley - weil ich das positiv bewerte und annehme, daß der Patient für das Wohlergehen der Familie hospitalisiert wurde. Ich bin nicht gegen die Hospitalisierung, weil ich dem Symptom, dem Verhalten, eine positive Bedeutung beimesse. Wenn der Patient in der Klinik ist, lade ich die Familie ein und sage ihr, sie solle den Patient von der Klinik abholen, mit ihm zur Sitzung kommen und ihn danach wieder zur Klinik zurückbringen. - Für uns ist das ganz gleichgültig - genauso wie medikamentöse Behandlung.

kd: Widerspricht das nicht Ihrer Feststellung, die die Unvereinbarkeit zweier Therapien betrifft, die gleichzeitig stattfinden, wenn z.B. ein Patient gleichzeitig an einer Familientherapie und an einer Individualtherapie teilnimmt?

msp: In dem Fall, den Sie ansprechen, handelt es sich um Psychotherapie - dabei entsteht ein Konkurrenzkampf: Der Psychoanalytiker, der den Patienten individuell behandelt, glaubt, daß er als Therapeut besser bzw. der beste sei - dann entsteht die Konkurrenz. Denn der Patient kommt mit dem Paradox zu dem Analytiker zurück - und der Analytiker kritisiert das: „Dr. Selvini ist verrückt“ o.ä.. Nehmen wir z.B. den Fall von gestern: Wenn Mary in psychoanalytischer Behandlung wäre, würde sie zu ihrem Analytiker zurückkommen, ihm die Sitzung erklären und sie kritisieren. - Es ist unmöglich, so zu arbeiten.

Wenn der Patient jedoch im Hospital ist, gehört dies zum Familiensystem dazu - das Hospital wird zu einem Teil des Familiensystems. Ich frage den Patienten dann: „Du wolltest doch hospitalisiert werden, weil Du wußtest, daß Deine Familie einen Patienten braucht?“

kd: Was Ihre konkrete Arbeit mit Familien betrifft, arbeiten Sie im Team: 2 Therapeuten arbeiten mit der Familie, 2 Therapeuten beobachten die Sitzung hinter der Einwegscheibe, anschließend besprechen Sie die Sitzungen z.T. mehrstündig anhand von Video-Aufzeichnungen. Meine Frage dazu lautet: Wie viele Familien können Sie pro Woche behandeln?

Wenn man darüber hinaus bedenkt, daß Sie die Gesamtsitzungszahl mit ca. 10 Sitzungen pro Jahr veranschlagen und die Abstände zwischen den Sitzungen in 4-6 Wochen betragen, sieht dann die Kosten-Nutzen-Relation noch so aus, daß Sie von den Einkünften aus Ihren Therapien leben können?

Herr Watzlawick hat zu diesem Problem in einem Aufsatz geäußert, daß man mit Psychotherapie, die auf kommunikationstheoretischen Prinzipien beruhe, keine Privatpraxis unterhalten könne. Wenn man nun die Gesamtzahl von 10 Sitzungen zugrundelegt, was kostet eine Familientherapie bei Ihnen?

msp: Pro Woche kann ich höchstens vier Familien behandeln: Eine am Montag, zwei am Dienstag und eine am Mittwoch. Danach habe ich genug, denn an den jeweiligen Abenden muß ich die Sitzungen in einer so präzisen Synthese niederschreiben, daß ich sie in fünf Minuten nachlesen kann. Diese fünf Minuten müssen also alle wichtigen Informationen beinhalten - das ist sehr, sehr schwierig. Ich habe mich auf diesem Gebiet spezialisiert. Meine Kollegen können das nicht machen, sie sind nicht so gut dran wie ich: Mein Mann ist sehr, sehr gut zu mir; er arbeitet im Hospital, und er „füttert“ mich.

Meine Kollegen müssen an anderen Tagen noch Geld verdienen, weil wir hier nichts verdienen - absolut nichts! Ich persönlich habe 100.000.000 Lire¹³ verloren, weil ich meinen Beruf aufgegeben habe. Sie können sich also selbst ausrechnen, wieviel ich in 10 Jahren verloren habe.

Ich bin aber keine Jeanne d'Arc, ich habe Spaß, ich amüsiere mich. Jeder amüsiert sich so wie er kann, ich amüsiere mich, indem ich Forschungen betreibe - andere Leute fahren vielleicht mit ihrem Segelboot.

Ich verdiene hier also nichts. Guiliana hat ihre Privatpraxis - Montag nachmittags, Dienstag, Freitag und Samstag. Inzwischen verdienen Luigi Boscolo und Gianfranco Cecchin Geld, weil sie Ausbildungen durchführen, und diese Ausbildung ist nicht sehr teuer - jedoch teuer genug, daß sie dabei etwas verdienen können: Nach 10 Jahren Hunger und Opfer verdienen sie jetzt Geld. Ich persönlich hasse es, Ausbildung zu betreiben, deshalb mache ich es nicht. Aus diesen Gründen liegen die Gesamtkosten für eine Familientherapie höchstens bei 1.500.000 Lire, wenn man die Inflation mit einbezieht, das Minimum für eine arme Familie liegt bei 300.000 Lire für 10 Sitzungen, das ist sehr wenig.

kd: Können Sie mit Zuschüssen von Krankenkassen oder Sozialämtern rechnen?

msp: Nur die Familien selbst, nachdem die Familien bei uns bezahlt haben, können sie einen Zuschuß beantragen. - Manchmal bekommen sie einen solchen Zuschuß, der Betrag ist jedoch sehr gering.

kd: Haben Sie eine Warteliste für Familientherapie und lassen Sie ihre Familien aus strategischen Gründen warten?

¹³ Kurs 1979: 1000 Lire = 2.23 DM.

msp: Wir hatten eine sehr, sehr lange Warteliste - über viele, viele Monate. - Inzwischen riskieren wir, wieder eine sehr lange Warteliste zu bekommen. Wir haben Perioden: Im Dezember und Januar hatten wir eine ungeheure Zahl von Bewerbern - um die 100, das ist unmöglich. Deshalb schicken wir inzwischen Familien zu unserer kleinen Gruppe, dem 2. Zentrum, also zu den Leuten, die von uns trainiert wurden. Aber es gibt Schwierigkeiten, denn die Familien glauben, das andere Zentrum sei zweitrangig.

kd: Wie gehen Sie mit Anmeldungen zur Therapie um, wenn der Anrufer behauptet, die anderen Familien seien nicht bereit mitzukommen?

msp: Wir akzeptieren solche Fälle nicht. Es ist aber wichtig hinzuzufügen, daß es sich in einem solchen Fall um eine Manipulation dieses Familienmitgliedes handeln könnte. Ich weiß ja nicht, ob es wahr ist, was es sagt - vielleicht will es die Familie nur verlassen. Deshalb akzeptieren wir solche Fälle nicht.

kd: Wie stehen Sie zum Problem der „selegierten Stichprobe“? Manche Kritiker nehmen bei sehr erfolgreichen Psychotherapeuten an, diese hätten es mit einer selegierten „Stichprobe“ zu tun. Man könnte es etwa so ausdrücken: „Wenn wir schon zu den berühmten Mailänder Familientherapeuten gehen, wollen wir auch gesund werden!“

msp: Das Problem ist genau das Gegenteil - genau das Gegenteil. Ich bereite z.Zt. einen sehr amüsanten Artikel vor, den ich auch in „Familiendynamik“ und in einem französischen Journal veröffentlichen möchte. Dieser Artikel soll folgenden Titel haben: „Schläue der Dummheit oder die Potenz der Impotenz“¹⁴.

Nehmen wir ein Beispiel: Wenn eine Familie mit einem Problem der Anorexie hierher kommt und von Dr. Prata empfangen wird, wird sie ganz wild und sagt: „Wir wollen Dr. Selvini haben!“ und Dr. Selvini ist nicht da. Deshalb scheuen die Familien keine Anstrengung, keinen Erfolg zu haben, weil sie Dr. Selvini haben möchten. - Wir haben derart lustige Sachen gemacht: Einmal hatten Dr. Prata und Dr. Cecchin eine Familie in Therapie, die jedoch gekommen war, um von der berühmten Dr. Selvini therapiert zu werden - also: 1. Intervention, 2. Intervention, 3. Intervention - immer dasselbe. Wir haben darauf entschieden, daß das Problem darin bestand, daß Dr. Selvini nicht bei den Sitzungen anwesend war. Als wir die Familie danach fragten, dementierte sie dies. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen, ein indirektes Experiment zu machen: Die Sitzung war gerade zu Ende und die Therapeuten gingen hinaus. Als sie zurückkamen, sagten sie - wie zwei arme Idioten: „Wir sind verzweifelt, heute versteht Dr. Selvini überhaupt nichts.“ Die Eltern sagten: „Wir haben Sie doch so gebeten - das ist unmöglich, unser Mädchen ist doch so schwer krank - die Situation ist tragisch!“

Damit sehen Sie die vollständige Verwerfung der Therapeuten: Sie existieren für die Familie überhaupt nicht.

Danach verschwand die Familie und die Patientin war sofort geheilt - sofort! - Diese Familie stammt aus Turin, die Großmutter lebte jedoch in Mailand, und jedesmal nach der Sitzung gingen sie die Großmutter besuchen, um mit ihr zusammen Mittag zu essen und danach mit dem Zug zurück nach Turin zu fahren. Nach dieser Sitzung betrat das Mädchen das Haus der Großmutter und rief sie, um ihr zu sagen: „Dr. Selvini hat ausgedient, sie versteht überhaupt nichts mehr. Jetzt muß ich an mich selbst denken: 2 Portionen Spaghetti und Käse!“

¹⁴ SELVINI PALAZZOLI, M. & PRATA, J. (1980): Die Macht der Ohnmacht. In: DUSS-von WERDT, J. & WELTER-ENDERLIN, R. (eds): Der Familienmensch. Klett-Cotta, Stuttgart.

kd: Sie haben also erfahren, daß ihr Ruf ein sehr erfolgreiches Therapeutenteam zu sein, Sie behindert hat?

msp: Ja, weil viele Familien die kommen, fast immer das Buch (Paradoxon und Gegenparadoxon) sehr aufmerksam gelesen haben. In unseren Sitzungen gibt es also immer eine weitere Person: Das Buch. Aus diesem Grund müssen wir jedesmal was Neues erfinden - und je fähiger wir werden, desto symmetrischer werden die Familien: Sie wollen sich ändern, gleichzeitig jedoch nicht - sie wollen dem Therapeuten nicht die Befriedigung vermitteln, daß die Familie sich geändert hat. Und wenn sie sich ändern und der designierte Patient seine Symptome aufgibt und wir am Ende der Therapie fragen: „Was denken Sie über die Therapie? Was denken Sie, daß z.B. Alexander keine Symptome mehr hat?“ antworten sie z.B.: „Ich glaube, die Phase zwischen 15 -17 Jahren war entscheidend.“ - Sie erkennen niemals das Verdienst der Therapeuten an, niemals, niemals! - Und das ist gut für uns.

kd: Es gibt einige Kritiker, die behaupten, Ihr familientherapeutisches Modell sei für italienische Familien zugeschnitten. Man denkt v.a. daran, das italienische Familien sich durch einen starken Familienzusammenhalt auszeichnen. Demnach müßte es so sein, daß ihr Modell nicht anwendbar ist bei Familien, deren Mitglieder relativ leicht austauschbar sind. Sie haben selbst in ihrem Buch „Der entzauberte Magier“ auf einen ähnlichen Zusammenhang hingewiesen.

msp: Ich weiß, daß Minuchin von sehr verstrickten Familien spricht und von losgelösten Familien - ich denke, das ist ein weiteres falsches Konzept von Minuchin, weil wir in Wirklichkeit nicht erkennen können, ob die Familie wirklich losgelöst ist oder sich nur so zeigt. Es gibt die Art, das Spiel „verstrickt zu spielen“ und die Art, es „losgelöst zu spielen“. Auch wenn die Familie offensichtlich losgelöst ist, besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, diese Familie in einer solchen Weise zu schocken, daß sie mit Hilfe des Therapeuten ein sehr starkes System bildet. - Wir wissen nicht, was war und was wirklich ist. Wir müssen jedoch die Familien - gerade wenn sie losgelöst spielen - in einer Weise erschüttern, daß sie daran interessiert sind, daß das Supersystem Familie plus Therapeut eine engagierte Gruppe wird.

kd: Sie haben die Frage von ihrem konzeptuellen Unterschied zu Minuchin beantwortet, meine Frage betraf jedoch die unterschiedliche Familienkonstellationen in verschiedenen Nationen.

msp: Das sind Dummheiten: Wir waren in den USA und haben dort schizophrene und anorektische Familien behandelt - diese Familien sind vollständig identisch mit italienischen Familien. Ich bin absolut sicher, daß es notwendig ist, einen Patienten mit schizophrener Symptomatik mit seiner Familie zu behandeln, weil er seine Familie nie verlassen hat. In Italien, in Amerika, in Afrika, auf dem Nordpol und in Alaska - überall ist die Familie des Symptomträgers verstrickt. Nun gibt es am Ackerman-Institut eine Gruppe, die von Lynn Hoffmann geleitet wird; diese Gruppe behandelt amerikanische Familien mit unseren paradoxen Methoden und sie haben sehr gute Ergebnisse - dort gibt es also amerikanische Familien.

Es ist also keine Methode für **d i e** italienische Familie, es gibt eine spezifische Erklärung dafür. Das systemische Modell erklärt es: Das Leben ist paradox. Weil wir lebendig sind, sind wir in Paradoxien gefangen. Das Paradoxon ist die Basis des Lebens, das Gegenparadox die Basis der Therapie - warum? Wenn ich lebe, heißt dies, daß ich mich ständig in einem Äquilibrium zwischen Homoöstate und Veränderung befinde. Dieses Äquilibrium ist zwar stetig, jedoch nicht stabil - das ist paradox.

Ein weiteres wichtiges Paradox besteht in etwas, was dem Menschen immanent ist, wenn er den Menschen transzendiert. Ich mache zwei Dinge gleichzeitig: Ich beeinflusse und werde beeinflusst, ich leite und werde geleitet - also es ist immer paradox.

Wenn wir nun die Doppelbindung nehmen, haben wir nur deshalb ein pathologisches Paradox, weil verschiedene Kontextebenen verwirrt wurden. Aus diesem Grund müssen wir gegenparadoxe Interventionen machen, weil in diesem Fall das Gegenparadox das pathologische Paradox - nämlich die Verwirrung von Kontextebenen - bricht. Damit habe ich also ihr Problem geklärt.

kd: Was macht eine therapeutische Verschreibung zur paradoxen Verschreibung? Kann eine paradoxe Verschreibung gefährlich sein?

msp: Das wurde bereits in „Menschliche Kommunikation“ (s.o.) und in „Paradoxon und Gegenparadoxon“ beschrieben. Wir haben viele verschiedene Interventionstypen erfunden: Das erste sind die „Familienrituale“; sie sind origineller als Paradoxe. - Familienrituale sind unsere Erfindung. Wir haben viele, viele Familienrituale erfunden, sie sind ganz anders als therapeutische Paradoxe, denn ein „Familienritual“ ist eine Verschreibung, die die Regeln einer Familie verändert, ohne dies zu erklären. Die Familie, die sich dem „Familienritual“ unterwirft, gewinnt eine neue Erfahrung, die anders ist, als die Erfahrung, die sie vorher hatte, denn dieses Ritual vermittelt Regeln, die sich von den vorausgehenden unterscheiden. Das ist unsere eigentliche Erfindung.

Wir haben also „einfache Verschreibungen“, „paradoxe Interventionen“ und „ritualisierte Verschreibungen“. Die ritualisierte Verschreibung finden sie nicht in unserem Buch. Sie ist veröffentlicht im „Journal of Marriage and Family Counseling“ im August letzten Jahres „Odd Days and Even Days“¹⁵ ...

Die paradoxe Intervention ist in unserem Buch beschrieben - die Sache ist klar: Wir bewerten nicht nur das Verhalten des Patienten positiv, sondern das Verhalten der gesamten Familie und verschreiben das Spiel - es gibt keine Gefahren. Manchmal versagen wir jedoch, weil wir dumm sind - wir haben dann der Familie nicht das richtige Spiel verschrieben, weil die Familie ein Spiel spielt, das wir nicht verstanden haben. Wir machen also Fehler, weil wir dumm sind.

kd: An welche Voraussetzungen ist also eine erfolgreiche paradoxe Systemintervention gebunden?

msp: Sie müssen die Sitzung in einer korrekten Weise gemäß den drei Prinzipien - Hypothesenbildung und Kontrolle der Hypothese, Zirkularität und Neutralität - führen¹⁶.

kd: Das ist doch nicht alles?

msp: Nein, aber erst danach können Sie besser verstehen, worin das wirkliche Spiel der Familie besteht und es zerschlagen - das wirkliche Spiel der Familie verschreiben. Wenn Sie nicht das wirkliche Spiel der Familie verschreiben, gibt es einen schrecklichen Mißerfolg - und wir machen sehr oft diesen schrecklichen Fehler.

¹⁵ deutsch: SELVINI PALAZZOLI, M. et.al.: Gerade und ungerade Tage. In: Familiendynamik 1979, 4: 139-147.

¹⁶ SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1981): Hypothesisieren - Zirkularität - Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. In: Familiendynamik, 6: 123-139.

kd: Müssen paradoxe Interventionen immer in einer gewissen Weise „mystisch“ für die Familien erscheinen, damit die Familie nicht versteht, worin die eigentliche Arbeit besteht?

msp: Ja, erkläre nichts, belehre nicht! Wir erklären nichts: Gestern z.B. erhielt ich während der Familientherapie eine große Hilfe von Dr. Prata, denn sie rief mich aus der Sitzung heraus und empfahl mir, insbesondere die Funktion der Großmutter zu erfragen. Dies erwies sich als richtig, denn das Problem war die heimliche Allianz zwischen Großmutter, Vater und designierter Patientin. Ich glaube, ein unerfahrener Therapeut würde gestern nichts verstanden haben, absolut nichts verstanden haben. Er wäre wie ein dümmlicher Mann dem Sog des Symptoms, dem Weinen der Mutter usw. erlegen. Ich habe gestern das symptomatische Verhalten der Familie sofort unterbrochen. Auch Beschreibungen des Symptoms interessierten mich nicht. Ich habe meine Hypothesen im Kopf. Ich verfolge präzise Fährten, ich habe die Initiative - nicht die Familie. Andererseits hat die Familie die Initiative: „Wir kommen zur Sitzung, um zu zeigen, wer verrückt ist und wer schlecht ist, das ist das Ziel der Familie.“

kd: Bei Ihrem familientherapeutischen Vorgehen gibt es also eine bestimmte Abfolge therapeutischer Schritte: Telefoninterview, Hypothesenbildung, 1. Familieninterview, Diskussion des Interviews im Team und Korrektur der Hypothesen, 1. Intervention usw.

msp: Ja, immer. In jede Sitzung gehen wir mit einer Hypothese. Am Ende der ersten Sitzung machen wir eine Voraussage, eine Hypothese, und in der zweiten Sitzung kontrollieren wir die Hypothese der ersten Sitzung - in jeder Sitzung gibt es also eine Hypothese ...

kd: ... und Sie gehen explizit in dieser Weise vor ...

msp: ... explizit in dieser Weise ...

kd: Haben sie bereits Erfahrungen mit Nacherhebungen gemacht?

msp: Sehr interessante! Wir sind dabei, die Nachfolgeuntersuchungen der Fälle durchzuführen, die wir in „Paradoxon und Gegenparadoxon“ beschrieben haben - nach mehreren Jahren also. Dabei haben wir sehr, sehr interessante Neuigkeiten gefunden. Wir fanden viele geheilte Patienten, die am Ende der Therapie noch nicht geheilt waren. Unsere Heilungsquote bei anorektischen Patienten liegt vielleicht bei 90% - selbst wenn wir ursprünglich den Eindruck hatten, daß die Behandlung ein Mißerfolg war. Wir setzen diese Arbeit z.Zt. fort. Wir stehen erst am Anfang mit den Kontrollerhebungen. Ich habe den Eindruck, wenn wir eine Familie mit einem paradoxen Kommentar behandeln, ist dies wie eine Waljagd - die Jagd nach dem weißen Wal: „Wir fahren mit dem Schiff, wir jagen den weißen Wal und schießen dann das Paradoxon in den Körper des Wals, und der Wal verschwindet - aber mit einer Harpune im Körper, die langsam weiterarbeitet“. - Genauso arbeitet das Paradoxon am Ende der Therapie bei der Familie weiter, der Prozeß ist also nicht abgeschlossen - das ist etwas sehr dynamisches. „Wenn es gelingt, den Wal mit einer Harpune zu treffen, arbeitet das weiter“ - über Jahre und Jahre, das ist sehr, sehr interessant.

Wir hatten z.B. einen Fall, an den ich mich gut erinnere: Familie Tuzzi, diese Familie hatte ein anorektisches Mädchen. Die Familie war absolut nicht motiviert, nicht im geringsten. Sie hatten eine einzigartige 13-jährige Tochter. Wir haben die Nacherhebung nach 6 Jahren gemacht, die Tochter ist heute 19 Jahre alt. Damals kam die Familie, Vater, Mutter und das kleine Mädchen, das seit 4 Jahren anorektisch war, seit ihrem 9. Lebensjahr also. - Sie war zu der Zeit klein, wie ein Zwerg. Ich habe damals die Sitzung durchgeführt und die Familie war sehr unglücklich mit diesem schrecklichen kleinen Mädchen, diesem Zwerg. Nach der Sitzung bin ich

mit einem Kollegen zu dem Schluß gekommen, daß der Widerstand dieser Familie so mächtig war, daß ich eine enorme, schrecklich grausame Intervention machen müßte, um den Widerstand zu brechen. Ich ging also zur Familie zurück und erzählte ihr in einer sehr kryptischen Weise, daß es zwar eine Indikation für Familientherapie gab, ich mich aber entschlossen hätte, sie nicht durchzuführen, denn es sei viel besser, daß das Mädchen anorektisch bleibe, weil, wenn sie geheilt würde und essen würde, sie erkennen müßte, daß sie ein Zwerg sei, denn zu diesem Zeitpunkt sei das Knochenwachstum bereits beendet. Es sei unmöglich, daß nach 4 Jahren Anorexie die Knochen weiterwachsen. Sie sei für immer ein Zwerg. Deshalb spielte ich darauf an, daß es besser sei, daß sie wegen ihrer Anorexie sterbe, als daß sie geheilt und ein armer unglücklicher Zwerg würde.

Die Familie war wie wild, und ich war sehr traurig. Ich habe ihnen gesagt, sie sollten in 6 Monaten wieder anrufen, weil ich z.Zt. nicht den Mut hätte, diese Therapie zu machen, weil es zu schrecklich wäre, diesen kleinen Zwerg zu sehen, und selbst mit der Therapie würde das Mädchen ihr ganzes Leben lang ein Zwerg bleiben. Nach 6 Monaten jedoch riefen sie nicht an und kamen auch nicht.

Inzwischen sind 6 Jahre vergangen. Vor 2 Wochen hat Giuliana (Prata) Nachuntersuchungen gemacht und dabei stieß sie auf Familie Tuzzi und ihre Daten: Nur eine Sitzung usw.. Darauf hat sie die Familie angerufen: Der Vater war am Telefon so wild, als sei die Sitzung gestern gewesen, er sagte: „Sie sind Dr. Prata vom Mailänder Institut für Psychotherapie? Sagen Sie dieser Type von Professor Selvini, diese dumme idiotische Professorin, sagen Sie ihr, sie sei ein Zwerg, denn sie ist sehr klein. Meine Tochter ist innerhalb eines Jahres 20 cm gewachsen und hat 20 kg zugenommen.“.

Sie und ihre Familie wurden geheilt durch die Wut, die sie auf mich hatten. Dies ist der Beweis dafür, wie falsch es ist, von Liebe, Betroffenheit, Mitleid usw. zu sprechen. Mitleid hat noch niemanden geheilt, man muß etwas Nützlicheres tun. Diese Familie wurde durch Raserei geheilt - der Vater war rasend: „Sie sind ein Zwerg - Dr. Selvini ist ein Zwerg“.

kd: In Ihrem familientherapeutischen Modell haben Sie - wenn ich Sie richtig verstanden habe - den „psychischen Krankheitsbegriff“ über Bord geworfen: Impliziert der Begriff „Psychische Krankheit“ eine „negative Symptombewertung“ - ist er also für therapeutische Zwecke hinderlich?

msp: Sicher!

kd: Können Sie das bitte etwas eingehender erklären?

msp: Wir wissen, daß jedes gestörte Verhalten ein Verhalten ist, das auf eine bestimmte Weise mit dem Verhalten der Gruppe abgestimmt ist - deshalb gibt es keine psychische Krankheit. Aber es gibt Manifestationen des Spiels, und man muß dieses repetitive Spiel brechen; basta!

kd: Kann man die klassische psychoanalytische Widerstandsdeutung ebenfalls als negative Symptombewertung bezeichnen?

msp: Nein, ich bin sicher, daß der Widerstand nur die Konsequenz aus der Dummheit des Psychotherapeuten bzw. des Psychoanalytikers ist. Dies liegt v.a. daran, daß der Psychoanalytiker dem Patienten vermittelt, daß er ihn verändern will - aus diesem Grund zeigt der Patient Widerstand, wenn man als Therapeut jedoch darauf insistiert, daß man den Klienten nicht verändern will, widersetzt er sich nicht ...

kd: ... man sollte dem Klienten also vermitteln: „Bleib‘ so, wie Du bist!“...

msp: ... ja, der Widerstand ist also nur die Konsequenz. Nehmen wir ein Beispiel: Wir sagen oft, die und die Familie zeigt einen starken Widerstand, aber die eigentliche Ursache liegt darin, daß wir zu dumm sind. Die Familie widersetzt sich, weil wir nichts verstehen - würden wir verstehen, würde sie sich nicht widersetzen. Gestern am Ende der Sitzung hat sich die Familie nicht widersetzt. Die Mutter sagte mir: Ja, das ist wahr, meine Schwiegermutter wollte nicht, daß ich ihren Sohn heiratete“. Sie zeigte jedoch keinen Widerstand, weil ich recht hatte. Hätte ich jedoch unrecht gehabt, hätte sie sich widersetzt.

kd: Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen individualpsychologischer Interpunktion und dem Denken in psychischen Krankheitskategorien, die ja Kategorien „für“ Einzelindividuen sind?

msp: Oh ja, ja! Die Familie, die einen designierten Patienten präsentiert, ist immer eine Familie, die im Rahmen des linearen Modells denkt: „Wer ist schlecht, wer ist verrückt, wer ist die Ursache der Krankheit usw. usw.“ Wenn man Familien zwingt, im zirkulären Modell zu denken, ändern sich auch ihre diesbezüglichen Gedanken. Das lineare Modell stellt immer die Basis des Symptoms des designierten Patienten dar.

kd: Sie und Ihre Kollegen haben in dem Buch „Paradoxon und Gegenparadoxon“ geäußert, daß die verschiedenen Familienmitglieder nicht verschiedene „Eigenschaften haben“ bzw. in einer bestimmten Weise „sind“, sondern daß sie sich gemäß den Regeln des Familiensystems in jeweils spezifischen Weisen „zeigen“. In diesem Zusammenhang gebrauchen Sie den Begriff „Spiel“. Es gibt verschiedene Autoren, die den „Spielbegriff“ - mehr oder weniger explizit definieren - jedoch meist auf individualpsychologischer Ebene, gebrauchen. - M.E. implizieren Konzepte wie „sich-so-zeigen“ und „Spiel“ Veränderbarkeit: Können Sie erläutern, was ein „systemisches Spiel“ ist und worin Sie die Vorteile des „Spielkonstruktes“ sehen?

msp: Ich denke, daß das klar ist: Bateson hatte die Idee, daß die Familie ein „Programm“ hat, wie ein Computer. Wenn die Menschen über eine gewisse Zeit zusammenleben, entwickeln sie Regeln. Diese Regeln sind die Regeln des Spiels - Spiel in dem Sinne, daß die Interaktionen der Familie durch diese Art der Regeln fixiert sind. - Also muß man die Regeln verändern. Wenn ich sage, sie „zeigen“ sich, ist dies nicht die Realität. Ich gebrauche das Verb „zeigen“, um das Verb „sein“ zu vermeiden, denn wir wissen nicht, ob die Familienmitglieder in dieser Weise „sind“. Wir wissen, daß sie sich „zeigen so zu sein“ - gemäß den Regeln des Spiels. Z.B. wenn die Familie einen Vater präsentiert, der „zeigt, daß er dumm ist“, und wir diesen Mann wie einen cleveren Mann behandeln, so wird er clever sein. Dadurch wird also klar, daß sein Verhalten, nicht etwas darstellt, was er „ist“. Wir erklären das durch das „als ob“, weil wir es ändern können.

kd: Das ist das, was ich meine: Die Begriffe „zeigen“ oder „spielen“ implizieren Veränderbarkeit. Man kann ein Spiel, bzw. dessen Regeln verändern, aber man kann keine Person oder eine Familie ändern, die so oder so „ist“.

msp: Genau, genau, genau. Aber „zeigen“ ist auch nicht das richtige Wort, denn wenn ich ihnen sage, „Sie zeigen, daß Sie interessiert sind“, impliziert dies in unserer Sprache, eine Konnotation von Heimtückischsein oder eine verborgene Absicht haben. Das stimmt für die Familie nicht, weil sie sich nicht bewußt sind, daß sie etwas zeigen. Wir gebrauchen das Verb „zeigen“, um uns zu zwingen, daß Verb „sein“ aufzugeben.

kd: Sie möchte also die negative Konnotation ausschließen.

msp: Ja.

kd: Zum Abschluß möchte ich Ihnen eine allgemeine, sozialpolitische Frage stellen:
Im Gegensatz zur BRD gab und gibt es in Italien eine sehr starke antipsychiatrische Bewegung. Stimmen Sie mit der Auffassung überein, die besagt, die Sozialpsychiatrie sei die Synthese aus Psychiatrie und Antipsychiatrie oder würden Sie mehr Thomas SZASZ zustimmen, der fürchtet, daß wir auf einem psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Staat zutreiben, indem - extrem gesagt - nur noch Psychiater und Psychotherapeuten regieren¹⁷

msp: Das ist alt, diese Ideen sind überholt. Diese Gefahr der Psychiatrie bestand vor 10 Jahren, als es die Psychoanalyse gab. Heute lacht jeder über die Psychiater und Psychologen, jeder lacht, und in den USA sagt man: „Nimm Medikamente, nimm Pharmaka, erkläre nichts, erzähle keine Romane über die Patienten! Jeder hat genug von der Geschichte der komplizierten Psychiatrisierung usw. Das ist sehr alt.

Wenn ich für mich spreche: Wir sind keine Antipsychiater, weil es keine Psychiater gibt. Nehmen wir einen absolut dummen Sachverhalt heraus: Psychiater müssen Familien behandeln? Das ist lächerlich! Warum Psychiater? Psychiater sollen Psychopharmaka bei den Leuten verabreichen, die sie für „geisteskrank“, für „schizophren“ halten, weil es unmöglich ist, Familientherapie durchzuführen, während man selber einen Anstaltsinsassen behandelt. Der normale Psychiater verabreicht Drogen. Zur Zeit befinden wir uns in einer Forschungsphase. Mit der Psychiatrisierung ist es jetzt zu Ende, weil jeder genug hat von psychoanalytischen Interpretationen, Erklärungen usw. - kein Kult mehr! Das sind Romane, das ist Literatur.

kd: Welchen Stellenwert hat in diesem Zusammenhang die Familientherapie? Man kann ja sagen, daß im Rahmen der Familientherapie nicht nur das „Beobachtungsfeld“ ausgedehnt wird, sondern auch das „Beeinflussungsfeld“. Welche sozialpolitischen Implikationen hat die Familientherapie?

msp: Das ist ein schreckliches Problem:

1. Familientherapie ist sehr jung und wir befinden uns zur Zeit in einer Phase der absoluten Forschung. Ich teile nicht die Auffassung von Minuchin, der meint, daß sie bereits „etwas“ haben.

2. Nachdem nun in Italien die psychiatrischen Kliniken geschlossen wurden, werden inzwischen „lokale Einheiten“ entwickelt. Vielleicht ist es in einigen Jahren möglich, „Spezialisten für Kontextintervention in Familien, Schulen und Kindergärten“ heranzubilden, die vorbeugend eingreifen, wenn dysfunktionale Spiele auftreten. Das wird die wirkliche Sozialintervention bzw. -prävention sein. Aber das Problem liegt woanders: Wir wissen, daß unsere Gesellschaft Abweichende braucht - und vielleicht braucht unsere Gesellschaft gerade Schizophrene, Charakteropathen und andere. Es könnte sein, daß die Gesellschaft ein Äquilibrium zwischen funk-

¹⁷ Vgl. dazu: SIMON, R. (1984): The Myth of Family Therapy. An Interview with Thomas SZASZ. In: The Family Therapy Networker, 8: 20-27 und 62-67.

Sowie

SZASZ, T. S. (1984): The Therapeutic State. Psychiatry In The Mirror of Current Events. Prometheus Books, New York.

* pathos *

tionalen und dysfunktionalen Bereichen, solchen, die adaptativ und solchen, die nicht adaptativ sind, braucht.

kd: Vielen Dank für das Interview.

SATIRE - Unerwünschter Zwischenzeiler¹

erfahren,
erläuscht, erfunden und
häretisch verdichtet

Klaus G. Deissler

Ein energetisch gebundener Delegierter (gD) und ein charakterneurotischer Typ (cT) sprachen anlässlich eines DAF-Treffens miteinander; von beiden sagt man, ihnen würden durch langjährig verschriebene Rituale therapeutische Missionen aufgetragen.

Von dem gD verlautete kürzlich, er sei inzwischen mehrgenerationenperspektivisch gegen einen Virus geimpft worden, der in der europäischen Provinz BRD grassiere: Dieser Virus soll nach einer gewissen Inkubationszeit zu psychosozialen Krankheit führen.

Das Gespräch der beiden begann wenig erfreulich: Der gD lächelte seinen Kollegen - wohl mit der Sicherheit, die der Inokulationseffekt vermittelt - provozierend an und sagte:

„Was ist mit der DAF gemeint: „Deutsche Arbeitsfront“ oder diese holländische Autofabrik?“

Der cT antwortet schlitzohrig:

„Wie ich höre, willst Du Dir mit Hilfe der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Freizeitstrukturierung“ - Verzeihung - Deinen Arsch vergolden lassen.“ -

Darauf unterbrach der gD - für kurze Zeit indigniert - das Gespräch. - Als der gD schließlich merkte, wie verärgert er war, besann er sich seiner versöhnlichen Grundhaltung. - Das Gespräch nahm darauf einen konstruktiven Verlauf:

.....

cT: Wir sollten uns etwas einfallen lassen, um in Zukunft die Selbsthilfesäuglinge der DAF besser einwickeln zu können ...

gD: Wieso Selbsthilfesäuglinge? - Sind sie denn schon entbunden?

cT: Warum fragst Du? Die wickeln sich doch selbst ein - darum können wir ihnen getrost helfen. Die wollen immer noch gesäugt werden! Oral-sedativ, verstehst Du?

gD: ... aber Selbsthilfe und ... das ist doch paradox!

¹ Original in: KONTEXT, 1979, 0: 42-44.

cT: Nein, das möchte ich nicht sagen. Ich habe nämlich neulich erst von einem Projektil gehört, das man leicht verwenden kann, um selbst die widerspenstigsten Selbsthilfefreaks einzuwickeln: Die merken dann gar nicht mehr, daß man sich nur selbst helfen kann, indem man sich selbst hilft.

gD: Dieser Begriff ... Projektil ... hat doch was mit Projektion zu tun, nicht?

cT: Aber bitte! - Es ist nicht notwendig, daß Du die Sache so eng siehst ...

gD: Na gut. Ich glaube, Du meinst mit Projektil die gängige psychiatrische Strategie, bestimmte Personen, Gruppen - neuerdings ja auch Familien - negativ zu bewerten, sie psychiatrisch zu klassifizieren, ihnen schließlich ein psychopathologisches Etikett zu verkleben und sie damit zu gesellschaftlichen Sündenböcken bzw. Opferlämmern zu machen - da hat doch neulich ein Kollege einem dieser Selbsthilfefreaks gesagt, er sei ein Autoritätsneurotiker ...

cT: Deine Argumentationskette ist doch sehr phallisch-überspitzt - die positive Symptombewertung stellt doch nur eine Strategie im therapeutischen Kontext dar. - Du kannst doch Deine gesellschaftlichen Gegenspieler - zumal wenn Du bereits ihre psychische Krankheit erkannt hast - nicht positiv bewerten! ... ist doch absurd! ... Außerdem läßt sich das von Dir angeführte Projektil doch leicht enttarnen als Projektion einer neurotischen Autorität. - Ich meine ein echtes Projektil: Gotteskomplex.

gD: Ach so, ich verstehe: Du meinst dieses Projektil sei deshalb echt, weil es sich nicht als Projektil enttarnen läßt? - Das ist ja genial! ... das macht uns unangreifbar!

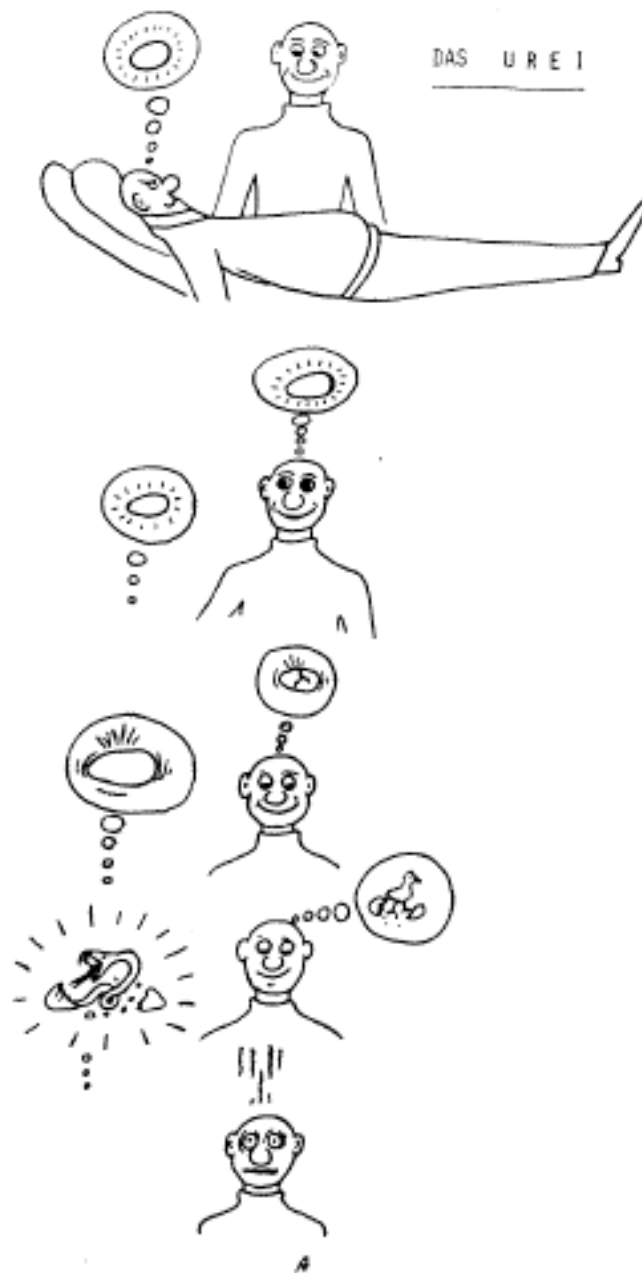
cT: Genau! Stell Dir vor, Du bezichtigst irgendeine Person, deren Schuldkonto Dir anzeigt, daß sie es verdient hat, des Gotteskomplexes - wie sollte die auf die Idee kommen, Du seist ein komplexbehafteter Gott? Das ist rein logisch ein Unding!

gD: Aber ich sehe das doch etwas komplexer. Erst kürzlich hat mir ein logischer Typenlehrer gesagt, der Gotteskomplex sei selbst einer - das gibt mir angesichts der archeopsychologischen Energiekrise zu denken ... und den Gotteskomplex als Projektil zu benutzen heißt doch, ihn zu mißbrauchen. Da möchte ich doch lieber nicht mitmachen!

cT: Willst Du damit etwa sagen, daß Du unsere Schule verlassen wirst?

gD: Nein, das wäre mir zu gefährlich ... bedenke doch: Meine Delegation würde entgleisen und ich könnte mein Vermächtnis nicht mehr verwalten ...

II. ÖKO



Vorbemerkungen

Kapitel II, * öko *, enthält 6 Beiträge: Eine Karikatur, 2 Essays, ein Interview und eine Satire. Wie sich der Leser erinnern kann, hat Frau SELVINI in ihrem Interview gesagt, sie habe einen Gott, und das sei Gregory BATESON. Als ich BATESON selbst danach fragte, ob man seinem Gesamtwerk die Überschrift „ökosystemische Erkenntnistheorie“ geben könne, sagte er: „Ja, ich habe einen Gott, und das ist das Ökosystem.“ -

Meine Denkweise ist sehr von BATESON beeinflusst. Als ich seine Schriften las, hatte ich das Gefühl, bei ihm versöhnten sich moderne technologische Theorien wie Kybernetik und Systemtheorie mit metaphysischem oder gar mystischem Denken. Ich persönlich kenne keinen anderen Denker, der auf diesem Gebiet so Umfassendes geleistet hat. Auch Autoren wie z.B. CAPRA haben sich von BATESONs Ideen tragen lassen.

Ergebnis meiner damaligen Auseinandersetzungen mit BATESON und anderen Erkenntnistheoretikern ist mein Aufsatz „Anmerkungen zur ökosystemischen Sichtweise der Psychotherapie“. Dieser Aufsatz gibt einige der Prämissen wieder, unter denen ich Psychotherapie bewerte.

Damals wurde für mich auch eine andere Frage immer wichtiger: Welches Prinzip liegt eigentlich dem „Handeln“ lebendiger Systeme zugrunde? Dabei stieß ich auf MATURANA und VARELA: Beide haben sich mit der Frage der Autonomie intensiv und erfolgreich auseinandergesetzt - was man an der Qualität ihrer Veröffentlichungen ablesen kann.

Der zentrale Begriff im Zusammenhang mit der Frage nach der Autonomie ist die „Rekursivität“. Damit ist die „Selbst(rück)bezüglichkeit“ des Handelns gemeint: Autonomes Handeln zeichnet sich also insbesondere dadurch aus, daß das, was ich tue, auf mich selbst zurück - oder besser – voraus wirkt und damit wieder zur Voraussetzung der nächsten autonomen Schritte wird.

Daß man Autonomie hinsichtlich verschiedener Kontextweiten - von Zellen über Individuen, Familien, Ökosystemen bis zur „Selbstorganisation des Universums“ (JANTSCH) - fokussieren kann, habe ich in meinem Essay über die „Rekursive Kontextualisierung natürlicher Prozesse“ zu zeigen versucht. Die rekursiven Kontexte sind dann eine willentlich gesetzte Grenze, mit deren Hilfe man bestimmten lebendigen Systemen relative Autonomie zuweisen kann.

Der Begriff der Autonomie spielt für mich die zentrale Rolle für therapeutisch-korrespondierendes Handeln. Der Respekt vor der Autonomie derjenigen, die wir Therapeuten unsere Klienten nennen, steht für mich jenseits der alten Begriffe wie Macht, Hierarchie, Widerstand usw..

Das Interview mit Paul WATZLAWICK beleuchtet einige Aspekte der genannten Problematik. WATZLAWICK zeigt dabei seine präzisen Kenntnisse der Sachlage. Dieses Interview vermittelt ein paar zusätzliche Einblicke in den Themenkreis.

Anmerkungen zur ökosystemischen Sichtweise der Psychotherapie¹

Klaus G. Deissler

Die Eigenschaften des Systems sind die Eigenschaften von Beziehungen und Interaktionen, die von seinen Bestandteilen produziert werden und diese wieder produzieren.

Dell & Goolishian

Übersicht: Bei der lockeren Betrachtung, der intensiven Erforschung und damit der aktiven Teilnahme an psychischen Prozessen geht es vordringlich um das Verhältnis „Individuum - natürliche Gruppe“. Die Fragen, die sich um dies Problem zentrieren, wurden bisher in ihrer Grundsätzlichkeit nur unzureichend diskutiert und geklärt. Diese unzureichende Klärung manifestiert sich u.a. in der Auseinandersetzung um zwei Fragen, die sich wie folgt prägnant-vereinfacht gegenüberstellen lassen:

- a. Welche Psychotherapeuten denken analytisch, d.h. psychische Prozesse in ihrer Ganzheit in bestimmte intrapsychische Ursächlichkeiten aufgliedernd?
- b. Welche Psychotherapeuten denken systemisch, d.h. psychische Prozesse in ihrer Ganzheit auf vielfältige kontextuelle Zusammenhänge ausdehnend?

Im folgenden Aufsatz wird anhand der Erläuterung einiger wichtiger Grundbegriffe zu zeigen versucht, daß die ökosystemische Sichtweise der Psychotherapie Prämissen der logotypischen Ordnung implikativer Prozessebenen gemäß in der Lage ist, individualpsychologische Prozesse als integrative Bestandteile systemischer Prozesse zu definieren. Darüber hinaus wird eine Möglichkeit der Erforschung systemischer Prozesse entworfen.

1. Definition Ökogruppe

Je länger eine Gruppe von Menschen zusammenlebt, um bestimmte implizite oder explizite Ziele zu verfolgen, desto mehr bilden sich im Lauf der Zeit Muster heraus. Das heißt, das Zusammenleben dieser Menschen reguliert sich selbst bezüglich der für sie gemeinsamen Lebens-

¹ Original in: Familiendynamik 1981, 6: 158-175.

bereiche. Da diese Muster sich wiederholen und damit zeitüberdauernd sind, kann man sie als stabile Gruppengemeinsamkeiten auffassen, an, deren Konstituierung, Aufrechterhaltung und Auflösung alle Gruppenmitglieder beteiligt sind.

Die sich wiederholenden Muster bzw. Gruppengemeinsamkeiten kann man hinsichtlich ihrer selbstregulierenden Sequenzen analysieren. Das Ergebnis dieser Analyse nennt man gewöhnlich Regeln der Ökogruppe: Im kybernetischen Sinne nimmt man an, daß die verschiedenen Bereiche des Kommunikationsprozesses der Ökogruppe durch spezifische Regeln gesteuert werden.

Eng mit dem Begriff **-Regel-** hängt der Begriff **-Struktur-** zusammen: Nimmt man mehrere Regeln, die jeweils dasselbe aussagen, und setzt sie mit anderen Gruppen und Regeln zu einem Beziehungsgefüge zusammen, so erhält man die Struktur der Ökogruppe. Der Begriff Struktur hat den Nachteil, daß er das statische Moment gegenüber dem prozeßhaften überbetont. Bei einigen Ökogruppen, insbesondere solchen mit Symptomträgern, hat es sich jedoch als sinnvoll erwiesen, diese Gewichtung beizubehalten, um im Therapieprozeß die Umstrukturierung der Ökogruppe anzustreben und damit die Reduktion bzw. Beseitigung des Symptoms zu erzielen. Kurz gefaßt kann man eine **Ökogruppe** also definieren als ein

zwischenmenschliches System, das gemeinsame sinn- und / oder zielsuchende Selbstregulationsprozesse entwickelt, aufrechterhält oder verwirft; aufgrund der gemeinsamen Geschichte bildet die Ökogruppe Regeln, die den Gruppenprozeß steuern. Dadurch zeigt sich die Ökogruppe gegenüber den Außeneinwirkungen relativ stabil. Man kann damit sagen, daß die Regeln informationskompensierende Feedbackzyklen beschreiben.

Veränderungen in solchen Gruppen werden durch Erzeugung von Information geregelt. Erzeugung von Information entspricht der Neugestaltung von Beziehungsmustern.

Verschiedene Ökogruppen lassen sich voneinander unterscheiden, indem die Zugehörigkeit der jeweiligen Mitglieder einer bestimmten Gruppe anhand der Beteiligung an gruppenspezifischen Regulationsmechanismen definiert werden. In diesem Sinne bilden die **multiplen Feedbackstrukturen** die Grenzen der Ökogruppe².

Wie gerade definiert, stellt also eine Familie, eine Lebensgemeinschaft oder sonstige natürliche Gruppe eine Ökogruppe dar. Es ist trivial zu behaupten, daß Menschen, die in einem bestimmten Zusammenhang stehen - z.B. in einer Ehe -, oft genug miteinander zu tun haben, um zeitüberdauernde Kommunikationsmuster herauszubilden; liest der Ehemann z.B. regelmäßig beim Frühstück die Zeitung, während die Ehefrau ab und zu versucht, sein eingeschlafenes Interesse für sie wieder zu wecken, so kann man auch in diesem Fall von einem zeitüberdauernden Muster sprechen, soweit es sich regelmäßig wiederholt. Dieses klischeehafte Muster stellt natürlich eine wesentlich eingengte Sicht bzw. Selektion der Verhaltenskontingenzen des Paares dar. Man kann aber zu recht behaupten, daß beide Partner dieses Muster ausgebildet haben, aufrechterhalten und sogar auflösen können, soweit sie daran interessiert sind. Das zeitliche Überdauern - dieses Kommunikationsmusters - weist darauf hin, daß dieses Muster sich - mit Modifikationen - wiederholt und somit stabil ist.

Ein Muster bzw. die Gruppengemeinsamkeit, stellt also eine Abstraktion von tatsächlich ablaufenden Prozessen dar, wie man sie bei der Familientherapie z.B. auf Video oder hinter dem Einwegspiegel beobachten kann; wollte man nämlich den gesamten Prozeß, wie er sich tat-

² (Synonyme für Ökogruppe: humanes System, natürliche Gruppe, Primärgruppe, Familie).

sächlich abspielt, d.h. auf Video aufgezeichnet und ohne Informationsverluste, beschreiben, so brauchte man für eine ca. 45 Minuten lange Sequenz ein ganzes Buch, wenn man z.B. gesprächsanalytische Methoden (s.u.) verwenden wollte - und dies nur für die Aufzeichnung, d.h. ohne weitere inhaltliche oder formale Analyse.

Daß die Kommunikationsprozesse sich selbst regulieren bzw. organisieren, läßt sich feststellen, wenn der eine oder der andere Partner ein vom üblichen Muster abweichendes Verhalten zeigt: Schreit in dem oben genannten Beispiel die Ehefrau ihren Mann an und geht dieser dann schweigend aus dem Zimmer, so löst diese Abweichung vom üblichen Kommunikationsmuster ein neues Verhalten des Mannes aus, was aber nicht heißen muß, daß ab diesem Zeitpunkt die oben genannte stabile Gruppengemeinsamkeit aufgehoben ist - im Gegenteil; diese eben kurz genannte Sequenz kann - in Abhängigkeit von morphostatischen Prozessen - d.h. Prozessen, die die Beziehung in ihrer Ganzheit aufrechterhalten - zur Stabilisierung dieses eben genannten Musters führen; mit anderen Worten, in dem oben genannten Fall hat die Abweichung von dem üblichen Kommunikationsmuster zur Stabilisierung dieses Musters beigetragen. D.h. also, der kurzzeitig morphogenetische Prozeß (nämlich die Tendenz zur Neubildung eines Musters) mündet wieder in den alten morphostatischen Prozeß. Man kann also in dem oben genannten Beispiel davon ausgehen, daß der Ehemann sich am nächsten Morgen mit seiner Zeitung wieder an den Tisch setzt, während seine Frau z.B. Kaffee trinkt und nichts sagt usw..

Faßt man diesen Prozeß möglichst in prägnante Worte zusammen, hat man eine **Regel** des Zusammenlebens des Ehepaares für den Kommunikationsbereich „Frühstücken“ definiert. Bei dem obengenannten Beispiel würde diese Zusammenfassung etwa wie folgt lauten: Das Ehepaar X nimmt morgens gemeinsam schweigend das Frühstück ein; der Ehemann liest, seine Frau beschäftigt sich mit der Vorbereitung des Frühstückes und dem Wegräumen der Frühstücksstücke“ usw..

Regeln dieser und ähnlicher Art können sich natürlich auch in anderen Kommunikationsbereichen abspielen. Beispiel: bei der Erziehung der Kinder, bei Theaterbesuchen, beim Sexualverkehr usw.. Diese genannten einzelnen Regeln lassen sich zu Gruppen von Regeln zusammensetzen, die naturgemäß auch die anderen fokussierten Mitglieder des Humansystems betreffen. Aus der Zusammensetzung dieser Regeln läßt sich die Struktur der Ökogruppe ableiten. Die Struktur der Ökogruppe ist also eine Abstraktion von den für verschiedene Kommunikationsbereiche definierten Regeln und macht eine Aussage darüber, wie die Ökogruppe organisiert ist, d.h. welche Beziehungen sich in der Ökogruppe abspielen. Der Begriff Struktur versucht also, die Organisation einer Ökogruppe ganzheitlich zu beschreiben.

In der systemorientierten Psychotherapie nimmt man an, daß die Struktur bzw. die Organisation der Ökogruppe für die Entstehung und Aufrechterhaltung individueller Symptomatiken wichtiger ist, als die individualpsychologische „Programmierung“ des Individuums, seine „intrapsychischen Prozesse“ oder sein persönliches „Verhalten“.

Würde sich nun ein Psychotherapeut gegenüber dem vorgenannten Ehepaar in Beziehung setzen, indem er sagt: „Ich als Fachmann für wichtige Lebensfragen weiß, daß euer eheliches Zusammenleben schlecht ist, da ihr morgens beim Frühstück nicht miteinander redet!“ so würde er mit Sicherheit einen „Widerstand“ des Ehepaares erzeugen bzw. auslösen, da diese „Außenwirkung“ einer Entwertung der Beziehung des Ehepaares entspricht und der Therapeut damit die in der Beziehung entwickelten Regeln disqualifiziert. Mit diesem Vorgehen hat also der Therapeut das Ehepaar mit einer Information konfrontiert, die nicht, wie es die Absicht des Therapeuten war, zu einer Veränderung des Beziehungsmusters des Ehepaares führte, sondern mit großer Wahrscheinlichkeit eine Verfestigung dieses Musters herbeiführte. Damit würde die neue Information, mit der der Therapeut das Paar konfrontierte, also „kompensiert“. Die neue Information wurde also ausgeglichen, indem das bisher bestehende Beziehungsmuster aufrechterhalten wurde (z.B. dadurch, daß das Ehepaar sich gegen den Therapeuten verbündet).

Daß sowohl der obige Ehemann und dessen Ehefrau mit ihren jeweiligen Bezugspersonen eine Ökogruppe bilden, ist trivial. Weniger trivial ist, daß die jeweilig beteiligten Einzelpersonen an den intragruppenspezifischen Regulationsmechanismen die Grenzen der Ökogruppe ausmachen. Dies läßt sich leichter nachvollziehen, wenn man sich vorstellt, daß z.B. ein 35-jähriger Vater mit seiner 15-jährigen Tochter sexuelle Beziehungen unterhält, während die Mutter aus dieser Beziehung „ausgegrenzt“ ist. Man kann hier sagen, daß die sexuellen Beziehungen dieser Familie so reguliert sind, daß Vater und Tochter eine inzestuöse Beziehung unterhalten, während die Mutter ausgeschlossen ist bzw. die Beziehung zwischen Vater / Tochter unterstützt ...

Diese multiplen Feedbackstrukturen, d.h. die Prozesse innerhalb der miteinander verknüpften Kommunikationsbereiche, an denen alle Mitglieder eine Ökogruppe beteiligt sind, bilden die funktionalen Grenzen dieser Ökogruppe.

Will man nun die multiplen Feedbackstrukturen und damit die Grenzen der Ökogruppe erfassen, so stellt man sich am besten die Frage: „Wer macht mit wem wann was, mit welchen Wirkungen und unter welchen Umständen?“. Sobald man versucht, diese Frage zu beantworten, wird man feststellen, daß es nie eine vollständige Antwort gibt; die Unvollständigkeit der Antwort auf die genannte Frage steht im Widerspruch zu der therapeutischen Verantwortlichkeit, die vom Therapeuten verlangt, effizient, d.h. hilfreich zu handeln. Ein möglicher Ausweg aus diesem therapeutischen Dilemma besteht darin, von den gefundenen multiplen Feedbackstrukturen zu abstrahieren und so zu Mustern bzw. zu einer Struktur einer Ökogruppe zu gelangen. Dieses Muster kann dann den Ausgangspunkt systemischer Interventionen darstellen. Mit anderen Worten: Die Struktur der Ökogruppe ist keine Realität im herkömmlichen physikalischen Sinne, sondern eine Konstruktion des Therapeuten, die sich aus seiner Beziehung zur jeweils betrachteten Ökogruppe ergibt. Damit muß sich der Therapeut mit der **relationalen Relativität** seiner Konstruktionen abfinden: Er ist darauf angewiesen, zu akzeptieren, daß er ein Bild von Beziehungen erzeugt und sich gleichzeitig durch dieses Bild mit anderen Personen - hier Klienten - in Beziehung setzt.

2. Die logotypische Ordnung implikativer Prozeßebenen

Die logischen Typenlehre nach RUSSELL (1910) und ihre Adaptation von BATESON (siehe z.B. 1972, S. 250 ff.) läßt sich als Eselsbrücke auffassen, die man benutzen kann, um zur ökosystemischen Sichtweise menschlicher Probleme zu gelangen. Um dies zu verstehen, soll die wichtigste Annahme der logischen Typenlehre zunächst erläutert werden.

Wir haben verschiedene Betrachtungsebenen im Rahmen der logischen Typenlehre zu unterscheiden. Befinden wir uns auf der niedrigsten Betrachtungsebene, so kann man sagen, daß wir eine Sammlung von beliebigen Elementen antreffen, die miteinander nicht in Verbindung stehen, die also voneinander unabhängig sind; d.h. man kann ein Element nach dem anderen betrachten und diese Elemente hinsichtlich ihrer Eigenschaften oder sonstwie untersuchen. Begibt man sich nun auf die nächsthöhere Betrachtungsebene, so kann man sagen, daß die Elemente in ihrer Gesamtheit eine „Klasse“ (von Elementen) bilden. D.h. diese Elemente werden im Zusammenhang gesehen und sind in dem Moment, wo man sich auf dieser nächsthöheren Stufe befindet, nicht mehr unabhängig voneinander, da sie als Ganzheit oder als Gesamtheit betrachtet werden.

Man kann diese Stufenleiter noch weiter hinaufsteigen und dann sagen, daß es auch die „Klasse der Klassen (der Elemente)“ gibt und so weiter, d.h. je höher man sich auf der Stufenleiter nach oben begibt, desto umfassender ist die Sichtweise; somit können wir erkennen, daß die jeweils höhere Klasse die niedrigeren Elemente beinhaltet. Um sich dieses zu verbildlichen,

kann man sich eine chinesische Schachtel vorstellen, in der die größere Schachtel die nächstkleinere beinhaltet usw.. Die logische Typenlehre unterscheidet also zwischen Elementen, der Klasse der Elemente, der Klasse der Klassen usw.. Wenn man dieses formale Modell nun überträgt auf menschliche Prozesse, so kann man sagen, daß zunächst irgendwelche x-beliebigen Individuen betrachtet werden; diese Individuen kann man als Elemente einer betrachteten Klasse auffassen. D.h. also, die elementare Betrachtungsweise von Individuen befindet sich - so wie ich die Bezeichnungen jetzt einführe - auf der „individualpsychologischen Prozeßebene“. Wir können uns danach eine Stufe höher auf die „systemische Prozeßebene“ begeben. D.h. wir können eine Gruppe von Menschen betrachten, die - miteinander in Beziehung stehen - oder - miteinander kommunizieren -. Mit anderen Worten: Diese Gruppe von Menschen - macht etwas miteinander - (systemische Prozeßebene), während die Elemente dieser Gruppe (Individuen), wenn sie künstlich voneinander gelöst werden, sich unabhängig voneinander verhalten - (individualpsychologische Prozeßebene). Es lassen sich verschiedene Zwischenstufen dieser Betrachtungsebenen unterscheiden; diese Zwischenstufen sollen hier der Eindeutigkeit halber nicht berücksichtigt werden (vgl. dazu BERNAL, G. & BAKER, J. (1979); vgl. a. das folgende Kapitel).

Seit einiger Zeit spricht man in der Psychotherapie davon, daß ein **Paradigmawechsel** (vgl. KUHN, T.S. (1962)) stattgefunden hat; mit diesem Paradigmawechsel ist folgendes gemeint: psychische Probleme werden nicht mehr vorrangig wie bisher auf der individualpsychologischen Prozeßebene gesehen oder konstruiert, sondern auf der nächsthöheren, der systemischen Prozeßebene. Damit ergibt sich aus der bisherigen Betrachtung folgende Möglichkeit der Umdefinition: Wir können sagen, daß die Ökogruppe (-Ganzheit der Beziehungen einer definierten Gruppe-) sich eine logische Stufe höher als die Komponenten dieser Ökogruppe - nämlich die isoliert betrachteten Ökogruppenmitglieder - befindet. Es ist wichtig, bei der jeweiligen Betrachtung psychischer Phänomene zu wissen, auf welcher logischen Ebene man sich befindet, um der Verwirrung dieser Ebenen zu entgehen; die Verwirrungen der Ebenen führen nämlich - definitionsgemäß - zu Paradoxien. Damit können wir also sagen, daß der Paradigmawechsel innerhalb der Psychotherapie bedeutet, daß wir uns bei der Betrachtung psychischer Probleme auf die Ebene der Ökogruppen begeben haben. Die Betrachtung ist somit salopp gesprochen ökosystemisch.

Dieser Sachverhalt läßt sich auch so ausdrücken: der **Lokus der Pathologie** (vgl. S. MINUCHIN et al., 1978) hat sich vom Individuum weg auf die Ebene der Beziehungen (das sogenannte System) verschoben. Die logische Typenlehre beschreibt also eine Hierarchie logischer Ebenen. Die höhere impliziert die niedrigere als Element. Betrachtet man sowohl die Elemente (z.B. in der Psychotherapie die Individuen) als auch die Ökogruppe unter systemtheoretischen Gesichtspunkten, kann man im Sinne BATESONS von einer **Hierarchie der Rangordnung der Rekursivität** sprechen (vgl. BATESON, G., 1979). Der Begriff der Rekursivität sagt hier, daß die Ergebnisse der Verhaltensweisen des Elementes einer jeweiligen Betrachtungsebene auf dieses Element zurückwirken und damit sein Verhalten weiter determinieren; d.h. also, unabhängig, auf welcher Betrachtungsebene wir uns befinden, läßt sich eine jeweils definierte Ganzheit unter dem Gesichtspunkt der Selbstbezüglichkeit bzw. der Rekursivität betrachten.

Ich möchte noch darauf hinweisen, daß der hier gebrauchte Begriff - Hierarchie von Prozeßebenen - nicht dem Begriff der Hierarchie der Macht oder ähnlichem gleicht. Der Begriff Machthierarchie impliziert eine lineare Konstruktion und zwar des Einflusses von oben, nämlich von dem Mächtigen aus, nach unten auf die weniger Mächtigen, und keine Rückwirkung dieser Machtausübung. Der hier gebrauchte Begriff der - Hierarchie logischer Ebenen - besagt, wie dies bereits oben erwähnt wurde, daß die höhere Ebene die untere als Element einschließt.

Um dies zu verdeutlichen mag der Hinweis genügen, daß sich der Grundgedanke der logischen Typenlehre mengentheoretisch fassen läßt.

3. Die psychische Befindlichkeit des Individuums

Nehmen wir die bisher gemachten Annahmen zusammen und betrachten wir die nicht vom Kontext losgelöste -Selbstkommunikation- und damit die -psychische Befindlichkeit- bzw. das -Verhalten des Individuums-, so wird deutlich, daß sie in erster Linie durch die Ökogruppe gestaltet werden, diese jedoch gleichzeitig mitformen. Man kann also die These aufstellen, daß Form und Inhalt der Selbstkommunikation und dadurch die psychische Befindlichkeit des Individuums durch die Ökogruppe regelgesteuert wird, während die individuellen Prozesse gleichzeitig die Regeln mitbestimmen. Damit ergibt sich auch die Notwendigkeit bei der Betrachtung psychischer Probleme (z.B. individuelle Befindlichkeit eines sogenannten Sozialatoms), die jeweils das Sozialatom umgebende Ökogruppe mit zu untersuchen. Wie unter Punkt 2 bereits angedeutet wurde, entsteht damit jedoch die Schwierigkeit der Fokussierung der Prozeßebenen, d.h. die Schwierigkeit der Unterscheidung der Prozeßebenen bzw. logischen Typen. Wenn wir das Individuum mit seinen psychischen Problemen betrachten, befinden wir uns auf der Ebene der Elemente, die unabhängig voneinander fungieren. Wollen wir jedoch - und das ist insbesondere für psychotherapeutische Zwecke sinnvoll - die psychischen Probleme eines Ökogruppenmitgliedes verstehen, so müssen wir in der Lage sein, uns auf die nächsthöhere logische Ebene, nämlich die systemischen Prozeßebene, zu begeben. Man hat in der Psychotherapie bzw. Familientherapie auf verschiedene Weise versucht, die Perspektive der systemischen Prozeßebenen zu erreichen. Dabei haben sich folgende Schwierigkeiten ergeben, die sich wie folgt in zwei Punkten unterscheiden lassen:

- Einige Familientherapeuten nahmen an, daß die Familienmitglieder eines Symptomträgers irgendwelche Schwierigkeiten hatten und daß daraus die psychischen Schwierigkeiten des Symptomträgers resultierten. D.h. es gab viele Ursachen mit einer Wirkung, nämlich die der „psychischen Krankheit“ eines Individuums innerhalb einer Familie. Diese Vorgehensweise, die Familienangehörigen als Verursacher der Schwierigkeiten eines Individuums zu betrachten, kann man formal gesehen als **multikausale Äquifinalität** bezeichnen. Bei dieser Betrachtungsweise werden also die „einzelnen Familienmitglieder als Ursachen der Schwierigkeiten eines Individuums“ gesehen.

- Ein anderer Versuch, dieses Problem zu lösen, bestand darin, zu sagen, daß ein bestimmter „Symptomträger innerhalb der Familie die Ursache der familialen Schwierigkeiten“ war. D.h. also ein Familienmitglied verursachte insgesamt die Schwierigkeiten einer Familie. Formal gesehen kann diese Attribuierung als **monokausale Multifinalität** bezeichnen.

Wie leicht zu verstehen ist, sind beide Versuche, dieses Problem zu lösen, nicht ausreichend, sie fassen zu kurz, um der systemischen Prozeßebene gerecht zu werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, neue Betrachtung innerhalb der systemischen Prozeßebene zu etablieren, und zwar ist es notwendig anzunehmen, daß die Art und Weise der Familienmitglieder miteinander umzugehen, zu kommunizieren bzw. ihre Beziehungen zueinander zu gestalten, Phänomene mit sich bringt, die wir in der herkömmlichen Betrachtungsweise als „psychische Krankheiten“ des Individuums bezeichnen. Mit dieser Betrachtungsweise auf der systemischen Prozeßebene müssen wir also **kreisförmige Wirkungsschleifen** einer Ökogruppe annehmen, um bestimmte Probleme eines Individuums zu verstehen.

Mit dem Begriff „psychisch krank“ interpunktieren wir im Grunde genommen **multiple Feedbackzyklen**, die sich in einer Ökogruppe abspielen auf dem Individuum als integrative

Gruppenkomponente, indem wir dieses Individuum herausnehmen und so tun, als sei das Individuum krank!

Wie wir gesehen haben, ist es also möglich, verschiedene Prozeßebenen (hier die individualpsychologische und die systemische Prozeßebene) zu unterscheiden. Was bei dieser Betrachtungsweise beachtet werden muß, ist, daß die individualpsychologische Prozeßebene Bestandteil der übergeordneten systemischen Prozeßebene ist und diese gleichzeitig konstituiert. Man kann sagen, daß die systemische Prozeßebene „logotypisch“ Vorrang hat vor der individualpsychologischen Prozeßebenen, da die übergeordnete systemische Prozeßebene die individualpsychologische beinhaltet. Zur Vermeidung von Mißverständnissen, Verwirrungen und Paradoxien müssen wir uns also immer darüber im klaren sein, auf welcher Prozeßebene wir Aussagen über bestimmte psychische Probleme machen. Darüber hinaus muß auch klar sein, daß eine Ökogruppe (Familie) immer ein Bestandteil des diese Gruppe umgebenden Ökosystems ist, d.h. die ökosystemische Betrachtungsweise ist die nächsthöhere gegenüber der systemischen Betrachtungsweise. Wir wissen, daß wir die logische Stufenleiter noch über das Ökosystem hinaus hoch klettern können. Es scheint aber so zu sein, daß bereits die ökosystemische Betrachtungsweise so komplex wird, daß sie für psychotherapeutische Zwecke zu aufwendig wird und psychotherapeutische Interventionen am sinnvollsten auf der systemischen Ebene (der Familie) gemacht werden ...

4. Kommunikationsvoraussetzungen

Die folgende Betrachtung findet zunächst auf der individualpsychologischen Prozeßebene statt. Danach werde ich am Ende dieses Abschnittes eine Aussage machen, die sich wieder auf der systemischen Prozeßebene befindet.

Man kann Individuen definieren als kleinste unteilbare Einheit (Komponente) eines humanen Systems; damit wird das Individuum zu einem „Kontext-integrierten, informationserzeugenden und aktiv handelnden Sozialatom“. Demgemäß kann man nun auf der logischen Ebene der „Elemente der Ökogruppe“ (der individualpsychologischen Prozeßebene) die Kommunikationsvoraussetzungen, die eine Person in eine Ökogruppe mitbringt bzw. innerhalb einer Ökogruppe ausdrückt, darstellt usw., betrachten: Da die Ökogruppe als Ganzheit „logotypisch“ Vorrang vor den Komponenten (Individuen) hat, kann man sagen, daß die Kommunikationsvoraussetzungen des Individuums innerhalb seiner jeweiligen Ökogruppe bestätigt, modifiziert, falsifiziert oder neukonstruiert werden.

Es bietet sich also folgende Definition an:

Kommunikationsvoraussetzungen sind die systemischen Eigenschaften eines Subsystems, das Element eines übergeordneten Systems ist. (Entsprechend lassen sich „natürliche“ Subsysteme wie folgt näher bezeichnen: Individuen, Zweierbeziehungen, Familien usw. - Was hier als Subsystem definiert wird, hängt also jeweils von der Definition des übergeordneten Systems ab.). Innerhalb des Modells, das ich hier angeführt habe, also das „Modell der Prozeßebenen“, beinhaltet die systemische Prozeßebene individualpsychologische als Elemente; man kann auch sagen, daß ein humanes System die Individuen als Elemente impliziert.

Betrachtet man nun individuelle Subsysteme, so kann man folgende Kommunikationsvoraussetzungen unterscheiden:

Mittelbare Kommunikationsvoraussetzungen: Sie sind dem Beobachter nicht direkt zugänglich, d.h. er muß sie mit Hilfe bestimmter Mittel erschließen oder folgern. Man kann die mittelbaren Kommunikationsvoraussetzungen definieren als **interne Feedbackstrukturen**, die auf der Basis der Repräsentationen bisheriger Erfahrungen ablaufen. Im Sinne linguistischer Überlegungen kann man der Einfachheit halber annehmen, daß die bisherigen Erfahrungen sich

in der Struktur der Präsuppositionen (vgl. a. BATESON, G. (1979)) und / oder der „Tiefenstruktur“ der Sprache (vgl. CHOMSKY, N. (1969)) niederschlagen. Die mittelbaren Kommunikationsvoraussetzungen sind definitionsgemäß nicht direkt beobachtbar und müssen mit Hilfe bestimmter (linguistischer) Explorationsmethoden erschlossen werden. Dazu bieten sich die Methoden an, die u.a. BANDLER und GRINDER entwickelt haben (vgl. BANDLER, R. u. GRINDER, J. (1975)).

Von den mittelbaren Kommunikationsvoraussetzungen zu unterscheiden sind die **unmittelbaren Kommunikationsvoraussetzungen**: Sie stellen die isoliert betrachteten, vom sozialen Kontext losgelösten verbalen und kinesischen (analogen) Kommunikationsweisen eines Individuums dar; sie lassen sich durch herkömmliche Methoden der „Verhaltensbeobachtung“ (vgl. z.B. SCHULTE, D. u. Kemmler, L., 1974) oder durch Analyse der „Kinesik“ (vgl. SCHEFLEN, A.E. (1976)) erfassen.

Es versteht sich von selbst, daß der Kommunikationsprozeß, der zwischen den miteinander **verkoppelten** d.h. **vernetzten individuellen Kommunikationsvoraussetzungen** stattfindet, sich auf der logischen Ebene der Ökogruppe (systemische Prozeßebene) vollzieht. Damit folgen wir ASHBY, R.W. (1974), der sinngemäß postuliert, daß wir den systemischen Gesamtprozeß nicht über die Extrapolation einzelner Kommunikationsvoraussetzungen verstehen können, sondern erst über die Verknüpfungsregeln zwischen den Kommunikationsvoraussetzungen. DELL & GOOLISHIAN (1979) formulieren diesen Sachverhalt wie folgt: „... werden die Gruppeneigenschaften zur Funktion der Beziehungen und Interaktionen, die vom Verhalten der Individuen hervorgebracht werden und dieses wieder neu hervorbringen“.

Damit komme ich zu folgendem Schluß: Der Fehler, den viele Psychotherapeuten und auch Familientherapeuten begehen, ist der, daß sie von der systemischen Prozeßebene auf die individualpsychologische Prozeßebene rekurrieren, um mit Hilfe der Erkenntnisse, die sie auf der individualpsychologischen Prozeßebene z.B. anhand der Analyse von Kommunikationsvoraussetzungen der Individuen gewonnen haben, auf die Funktionsweise der Ökogruppe zu schließen. Dieser Schluß muß fehlschlagen, da die Beziehungen der Ökogruppenmitglieder, die Interaktionen oder auch, in Anlehnung an Ashby, die „Verknüpfungsregeln der Elemente“ der Ökogruppe nicht berücksichtigt werden. Erst die Berücksichtigung der Verknüpfungsregel bzw. der Beziehungsmuster der Ökogruppe lassen ein systemisches Verständnis der Ökogruppe zu.

5. Konsequenzen und Probleme

Aus der bisherigen Betrachtung geht hervor, daß es für therapeutische Zwecke sinnvoll ist, sich das Funktionieren der jeweiligen Ökogruppe anzusehen, um zu einem angemessenen Verständnis psychischer bzw. geistiger Prozesse auf der systemischen Prozeßebene zu gelangen. In diesem Sinne ist es natürlich auch konsequent, als Psychotherapeut „ökosystemisch“ zu arbeiten, d.h. die natürlichen systemischen Prozesse innerhalb einer Ökogruppe zu berücksichtigen, wenn man als Psychotherapeut interveniert.

Probleme für Psychotherapeuten ergeben sich immer dann, wenn vermittelt der Betrachtung auf der individualpsychologischen Prozeßebenen und der Methodik, die auf dieser Prozeßebene entwickelt wurde, die Kommunikationsvoraussetzungen eines Ökogruppenmitgliedes (z.B. Symptomträger) erfaßt werden sollen. Dieses Vorgehen erscheint nur dann angemessen, wenn man z.B. das Ziel verfolgt, die Struktur sprachlicher Produktion eines Klienten losgelöst von seinem jeweiligen ökosystemischen Kontext zu untersuchen. Gibt man jedoch der individualpsychologischen Betrachtungsweise im psychotherapeutischen Kontext Vorrang, so verschenkt man Informationen, die wichtig sind, um als Psychotherapeut effizient zu arbeiten.

Das individualpsychologische Vorgehen impliziert demzufolge folgende Prämissen:

- a. die mittelbaren Kommunikationsvoraussetzungen determinieren in erster Linie die Struktur der verbalen und kinesischen Kommunikationsweisen eines Individuums;
- b. die verbalen und kinesischen Kommunikationsweisen eines Individuums (Klienten) sind unabhängig von den Kommunikationsstrategien des Psychotherapeuten und kein gemeinsames Produkt der therapeutischen Interaktion.
- c. die verbalen und kinesischen Kommunikationsweisen eines Individuums sind unabhängig von der Ökogruppe, dessen integrative Komponente das Individuum ist.

So vorzugehen heißt also zusammengefaßt, den aktuellen zwischenmenschlichen Kommunikationskontext zugunsten der mittelbaren Kommunikationsvoraussetzungen zu vernachlässigen; m.a.W. das Individuum wird monadisiert und als historisch programmiertes / determiniertes Sozialatom isoliert. Bei dieser Betrachtungsweise begeht der Psychotherapeut den Irrtum, das Individuum als kontextfreies, nach energetischen Prinzipien funktionierendes Sozialatom zu betrachten.

Mit dieser Kritik an der Betrachtung, die sich ausschließlich auf der individualpsychologischen Prozeßebene befindet und zudem der linear-kausalen Erkenntnistheorie anhängt, da sie sich das Prinzip der Rückkopplung nicht zunutze macht, möchte ich also meine Befürchtung ausdrücken, daß das Individuum dadurch in seinem negativen **So-Sein** bzw. in seiner psychischen Krankheit festgeschrieben wird. Ich nehme zugunsten der ökosystemischen Sichtweise an, daß sich dem Individuum durch **kontextgebundenes Sich-so-Zeigen** systemische Flexibilität eröffnet. Auf diesen Punkt haben vor allem M. SELVINI PALAZZOLI, et al. (1977) hingewiesen. Man darf wohl annehmen, daß auch V. SATIR (1978) denselben Punkt gemeint hat, als sie von „Your many faces“ schrieb.

Nimmt man nun den eben formulierten Gedanken für sich, so ist dies ein erkenntnistheoretisches Problem, das trivial erscheint, solange die praktisch-therapeutische Relevanz nicht in Betracht gezogen wird. Da gerade aufgrund des Paradigmawechsels in der Psychotherapie (s.o.) psychische Probleme therapeutisch lösbar wurden, die aus der monadischen Perspektive heraus als höchst schwierig angesehen wurden, hat sich die ökosystemische Perspektive nicht nur als menschengerecht und weise erwiesen, sondern auch als notwendige Voraussetzung für psychotherapeutische Effizienz (vgl. M. SELVINI PALAZZOLI et al., (1977) oder S. MI-NUCHIN, (1978)).

6. „Wie man sich bettet, so liegt man“ oder „the road is how you walk it.“

Das relationale Denkmodell, wie es - so hoffe ich zumindest - in den beiden genannten Sprichwörtern anklingt, besagt, verkürzt gesprochen, daß beide Ergebnisse bestimmter Kommunikationssequenzen immer von den Beziehungen der Kommunikationspartner und den Werkzeugen (z.B. Kommunikationsvoraussetzungen), mit denen sich die Partner wechselseitig untersuchen, abhängen. So kann man beispielsweise postulieren, daß eine Kutsche mit eisenbeschlagenen Rädern die Holprigkeit des Weges impliziert, denn die Beziehung zwischen dem Kutscher und dem Weg, den er zurücklegt, vermittelt sich über die eisenbeschlagenen Räder. Das Instrument „eisenbeschlagene Räder“ impliziert demzufolge in der Beziehung zum Kutscher die Information „der Weg ist holprig“.

Wie dem auch sei, die ökosystemische Denkweise macht es erforderlich, psychische Probleme kontextgebunden und systemtheoretischen Prinzipien entsprechend zu konstruieren.

Betrachten wir in diesen Zusammenhang, welche operationalen Methoden entwickelt wurden, um das systemische Denkmodell im Rahmen der Psychotherapie praktisch umzusetzen, muß man sagen, daß die Ergebnisse sehr dürftig waren. Dies liegt vor allen Dingen daran, daß die Methoden, die dabei benutzt wurden, für die individualpsychologische Prozeßebene entwickelt wurde, bzw. auf der Basis von Denkmodellen entstanden, die der linear-kausalen Erkenntnistheorie verpflichtet sind. Dies zeigt sich vor allem dann, wenn systemische Veränderungen, d.h. Veränderungen in der Organisationsstruktur bestimmter Ökogruppen und damit Veränderungen der systemischen Prozesse innerhalb dieser Gruppen erfaßt werden sollen, häufig noch die herkömmlichen Testverfahren, die Persönlichkeitsmerkmale und ihre individuellen Ausprägungen bei den Ökogruppenmitgliedern erfassen, benutzt werden. Ich möchte hier nicht weiter ins Detail gehen, möchte jedoch feststellen, daß die klassischen Meßmethoden für die Operationalisierung des systemischen Ansatzes ungeeignet sind.

In Anlehnung an DELL und GOOLISHIAN kann man sagen, daß die ökosystemische Erkenntnistheorie Konstrukte wie Prozeßmuster und Beziehungen betont, da die wesentliche Eigenschaft systemischer Prozesse die Veränderung ist - und nicht das festgeschriebene So-Sein. Demzufolge müssen wir auch annehmen, daß sich Prozesse, Beziehungen oder Muster verändern und ständig im Fließen sind. Das heißt nichts anderes, als daß Messungen statisch fixierter Persönlichkeitsmerkmale, die sich also auf dem individualpsychologischen Niveau befinden, für das systemische Denkmodell unangemessen sind.

Es gibt z.Zt. einige Versuche, das systemische Denkmodell zu operationalisieren. Ich möchte hier einen Ansatz nennen, von dem ich glaube, daß er potentiell in der Lage ist, den systemischen Ansatz in nachvollziehbaren Operationen zu verdeutlichen und ihn in eine Sprache umzusetzen, die einfacher ist als Erwägungen, die auf abstrakten erkenntnistheoretischen Niveau befinden. Es handelt sich hier um eine linguistische Methode der Gesprächsanalyse (vgl. H. HENNE und H. REHBOCK, (1979)). Die beiden genannten Autoren beanspruchen z.B. mit dem von ihnen vorgeschlagenen Verfahren der „Partiturschrift“ Videoaufzeichnungen vollständig kodieren zu können (näheres zum Verfahren der Partiturschrift (vgl. a. K. EHLICH und B. SWITALLA, (1976)). Durch diesen Vollständigkeitsanspruch wird jedoch eine fast unzumutbare Verkomplizierung erreicht, die dem prozeßdiagnostischen Anliegen der Reduktion auf die therapierelevanten Daten widerspricht. Die Partiturschrift, wie sie diese Autoren darstellen, kann also ein erster Schritt sein, auf den weitere vereinfachende Methoden aufbauen können.

Um sich dem Anliegen, ein therapierelevantes prozeßdiagnostisches Verfahren zu entwickeln, anzunähern, ist es zunächst notwendig, Kriterien zu erstellen, die erfüllt sein müssen, um eine Ökogruppe systemisch beschreibbar zu machen. Die folgenden Kriterien sollen einen Schritt in diese Richtung darstellen:

- a. Die aufgrund ihrer gemeinsamen Feedbackstrukturen definierte Ökogruppe soll einschließlich Therapeut beschreibbar sein (= therapeutisches System, formales Kriterium: **Ganzheit des Systems**).
- b. Die jeweiligen Subsysteme (Triade, Dyade, Monade) sollen die logische Stufenleiter absteigend als jeweils ganze beschreibbar sein (= therapeutische Subsysteme; formales Kriterium: **Komponenten des Systems**).
- c. Das System als Einheit soll prozeßhaft beschrieben werden: es soll möglich sein, die Handlungssequenzen des therapeutischen Systems zirkulär determiniert und dementsprechend selbstrückbezüglich darzustellen. Das System soll darüber hinaus in seinen Komponenten prozeßhaft beschrieben werden: Es soll möglich sein, die Handlungssequenzen im therapeutischen Subsystem zirkulär determiniert und dem-

entsprechend selbstrückbezüglich darzustellen (Formales Kriterium: **rekursive Kommunikationsprozesse**).

Zusammenfassend kann man also sagen: Die Operationalisierung des systemischen Ansatzes sollte ein therapeutisches System unabhängig von der Anzahl der Mitglieder beschreibbar machen als ganzheitlichen Kommunikationsprozeß, der von den Anwesenden getragen wird. (Die hier angeführten Kriterien lehnen sich an die „Kriterien geistiger Prozesse“ nach G. BATESON, 1979, S. 89 ff. an.).

7. Das tägliche Brot der Wissenschaft

Es gibt zur Zeit mehrere Modelle, die sich den oben genannten Kriterien annähern (vgl. z.B. G. BATESON et al., 1956, und die Folgen in: C.E. SLUZKI, D.C. RANSOM, 1976; J. HALEY, 1959, S. MINUCHIN, 1974; M. SELVINI PALAZZOLI et al. und W.R. TAYLOR, (1979)). Eine der Grundschwierigkeiten, ein regelgesteuertes System mit seinen Komponenten zirkulär determiniert und damit selbstrückbezüglich darzustellen, besteht darin, daß das System kontingent d.h. synchron konzeptualisiert werden muß, um zu therapielevanten Aussagen zu kommen.

Da wir zwar Videoaufnahmen besitzen, die in ihrer jeweiligen Gesamtheit eine fast nicht zu verarbeitende Informationsfülle bieten, andererseits aber die bisherigen Transkribierungsmethoden (vgl. o. Partiturschrift) aus besagten Gründen unzureichend sind, möchte ich die Aufzeichnungen mit Hilfe der Sequenzinterpunktion in ihren wesentlichen Regulationsmustern darzustellen versuchen. Die Sequenzinterpunktion stellt eine vereinfachende Partiturschrift dar, bei der lediglich die An- und Abwesenheit verbaler und kinesischer Merkmale einschließlich ihrer Dauer notiert wird. Diese Methode ist also einfach zu handhaben und ermöglicht es, Abfolgemuster darzustellen, die analog als „Regulationsmuster des therapeutischen Prozesses“ aufgefaßt werden können. Wenn solche Abfolgemuster gefunden sind, können diese weiter gesprächsanalytisch und hinsichtlich der Kinesik ausgewertet werden und damit weiteren Aufschluß über das therapeutische System geben. Die darauf aufbauenden Aussagen sollten dazu geeignet sein, die Planung und Durchführung weiterer Therapiesitzungen zu erleichtern. D.h. die Aussagen müssen therapielevant bzw. prozeßdiagnostisch im systemischen Sinne sein.

8. Fazit

Die hier gemachten Anmerkungen mögen bekannt sein, vielleicht sogar trivial erscheinen. Unabhängig davon sind sie für das Verständnis menschlicher Probleme insbesondere psychischer Symptomatiken grundlegend. Die Psychotherapeutische Praxis, d.h. die Handlungsweisen des Psychotherapeuten hängen entscheidend von diesem Verständnis ab. Auf Dauer gesehen ist es jedoch wichtig, daß dieses Verständnis nicht nur auf dem erkenntnistheoretischen Niveau bleibt, sondern auch umgesetzt wird in therapeutische Operationen. Dieses neue Verständnis der psychotherapeutischen Praxis sollte die künstliche Trennung zwischen der wissenschaftlichen Erforschung systemischer Prozesse und systemischen Interventionen als Psychotherapiemethoden überflüssig machen, d.h. solche Operationen müßten in der Lage sein,

- a. systemische Prozesse zu beschreiben und

* öko *

- b. damit dem Therapeuten, der sich selbstredend als Teil des therapeutischen Systems versteht, therapeutisch-kommunikative Möglichkeiten eröffnen, die den systemischen Prozessen angemessen sind.

Die „Anmerkungen“ sollten ein Schritt in diese Richtung sein.

BIBLIOGRAPHIE

- ASBHY, R.W. (1974): Einführung in die Kybernetik. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- BANDLER, R. & GRINDER, J. (1975): The Structure of Magic I. Palo Alto, Calif., Science and Behavior Books.
- , – und SATIR, V. (1976): Changing with Families. Deutsch: Mit Familien reden. München, Pfeiffer, 1978.
- BATESON, G. (1972): Steps to an Ecology of Mind. New York (Ballantine).
- (1979): Mind and Nature. A Necessary Unity. New York (Dutton).
- BERNAL, G. & BAKER, J. (1979): Toward a Metacommunicational Framework of Couple Interactions. Family Process, 18: 293-302.
- CHOMSKY, N. (1969): Aspekte der Syntax Theorie. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- DEISSLER, K.G. (1979): Vorüberlegungen zur Einteilung und Beurteilung psychotherapeutischer Verfahren und Fragestellungen. (Unveröffentl. Referat: Seminar über Psychosomatik und Sprache, Universität Marburg.).
- DELL, P.F. & GOOLISHIAN, H.A. (1979): Order Through Fluctuation: An Evolutionary Epistemology for Human Systems. Vortrag anlässlich des Annual Scientific Meeting of the A. K. Rice Institute, Houston, Texas.
dtisch: Familiendynamik, 1981, 6: 104-122.
- EHLICH, R. & SWITALLA, B. (1976): Transkriptionssysteme. Eine exemplarische Übersicht. Studium Linguistik, 2: 78-105.
- FARRELLY, F. & BRANDSMA, J. (1974): Provocative Therapy. Cupertino, Calif. (Meta Publications).
- HALEY, J. (1959): The Family of the Schizophrenic: A Model System. J. Nervous and Mental Disease, 129: 357-374.
- HALEY, J. (1980): Leaving Home. New York (McGraw Hill).
- HENNE, H. & REHBOCK, H. (1979): Einführung in die Gesprächsanalyse. Berlin, DeGruyter.
- KEENEY, B.P.(1979): Ecosystemic Epistemology: An alternate Paradigm for Diagnosis. Family Process, 18: 117-129.
- KUHN, T. S. (1962): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- MINUCHIN, S. (1977): Familien und Familientherapie. Freiburg, Lambertus.
- MINUCHIN, S. et al. (1978): Psychosomatic Families. London, Harvard Univ. Press.

- RICHTER, H.-E. (1972): Die Gruppe. Reinbek (Rowohlt).
- SATIR, V. (1978): Your many Faces. Milbrae, Calif. (Celestial Arts).
- SCHEFLEN, A.E. (1976): Körpersprache und soziale Ordnung. Stuttgart, Klett-Cotta.
- SCHULTE, D. & KEMMLER, L. (1974): Systematische Beobachtung in der Verhaltenstherapie. In: D. SCHULTE, Diagnostik in der Verhaltenstherapie, S. 152-195. München: Urban & Schwarzenberg.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1979): Interview, Kontext, 1: 72-102.
- SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart, Klett-Cotta.
- SLUZKI, C.E. & Ransom, D.S. (Hg.) (1976): Double Bind. The Foundations of the Communicational Approach to the Family. New York, Grune & Stratton.
- STIERLIN, H. et al. (1977): Das erste Familiengespräch. Stuttgart, Klett-Cotta.
- TAYLOR, W.R. (1979): Using Systems Theory to organize Confusion. Family Process 18, 479-488.
- VARELA, F.J. (1975): A Calculus for Self Reference. Intern. J. for General Systems, 2: 5-24.
- WATZLAWICK, P. & WEAKLAND, J.H. (Hg. 1977): The Interactional View. New York (Norton).
- WHITEHEAD, A.N. & RUSSELL, B. (1910): Principia Mathematica. Cambridge Univ. Press).
- WILDEN, A. (1972): System and Structure. Essays in Communication and Change. London (Tavistock).

DIE REKURSIVE KONTEXTUALISIERUNG

NATÜRLICHER PROZESSE^{1 2}

Klaus G. Deissler

Sich entfernen heißt zurück-
kehren

Lao Tse

Übersicht: Der folgende Aufsatz gliedert sich in zwei Teile: Im ersten wird das Modell der **rekursiven Kontextualisierung** vorgeschlagen, das erlaubt, ganzheitlich ablaufende Prozesse so zu interpunktieren, daß dem Therapeuten sinnvolle Betrachtungseinheiten zur Verfügung stehen, die er für verschiedene theoretische und praktische Fragestellungen nutzen kann. Es werden systemische, relationale, individual-psychologische und somatische Prozesse voneinander unterschieden und gleichzeitig in eine ganzheitliche Ordnung gebracht. Im zweiten Teil wird ein Beispiel für die praktische Anwendung des entworfenen Modells dargestellt. Es handelt sich hierbei um ein formalisiertes Verfahren zur **Protokollierung** systemischer Familientherapiesitzungen. Die Art der Protokollierung, in die die Vorbereitung der Sitzung, der Therapieprozeß selbst, die Abschlußintervention und mögliche Nachträge zur Sitzung einbezogen sind, macht dieses Verfahren zu einem wertvollen Instrument bei der Einschätzung von Veränderungen sowohl bei der Familie als auch im therapeutischen Team.

¹ Kontextualisieren heißt: „In einen personen-raum-zeitlichen Zusammenhang setzen“ (vgl. Kapitel * jenseits *).

² Original in: Familiendynamik 1983, 8: 140-165.

ENTWURF EINES THEORETISCHEN MODELLS

Die Zerlegung des wahrgenommenen Universums in Teile und Ganze ist angemessen und kann notwendig sein, keine Notwendigkeit bestimmt aber, wie dies geschehen sollte.

Gregory Bateson

1. Ausgangspunkt

Sieht man ab von theoretischen Beiträgen, die z. Zt. im Rahmen der Familientherapie oder Therapie anderer Ökogruppen geleistet werden, herrschen in der Literatur einerseits Aufsätze und Monographien vor, die sich mit Fragen der Technik der Familientherapie auseinandersetzen. Andererseits rechtfertigen Familientherapeuten zunehmend ihre therapeutischen Aktivitäten durch wissenschaftliche Validierungsstudien, d.h. sie dokumentieren die Effizienz ihrer therapeutischen Vorgehensweise empirisch.

Eine intensive Kenntnis der täglichen Arbeitsweisen solcher Therapeuten, die gemeinhin als effizient gelten, kann man nur erhalten, wenn man diese Therapeuten an Ort und Stelle beobachten kann oder wenn man sich von diesen Therapeuten ausbilden läßt. Häufig stellt sich erst beim näheren Hinschauen heraus, daß erfolgreiche Therapeuten neben anwendungsbezogenen theoretischen Modellen, besten Voraussetzungen in den Arbeitsbedingungen (z.B. Einwegspiegel, Video) auch die Hilfe der mehr oder weniger bekannten Mitarbeiter in Teambesprechungen und „Live-Supervision“ in Anspruch nehmen. Da die Beiträge dieser Teamkollegen bei einigen Therapeuten kaum Erwähnung finden, optimale Arbeitsbedingungen außer acht gelassen werden und die Arbeitsweise nicht immer klar ist, erscheinen wirkungsvolle Interventionen oft als Hexereien, die dem erfolgreichen Therapeuten leicht von der Hand gehen. Darüber hinaus findet man in solchen Fällen nicht selten Etikettierungen wie „Charisma“, „Aura“, „Ausstrahlung“ und „Fluidum“, die die Arbeitsweise und die Arbeitsbedingungen verschleiern. Um so erfreulicher ist es, daß einige Therapeuten ihre Arbeitsweise transparent gemacht und ihr therapeutisches Handwerkszeug beschrieben haben.

Durch diese Transparenz ist es nämlich möglich, diese Modelle nachzuziehen, sie dem jeweiligen Arbeitskontext anzupassen oder sie aus diversen Gründen abzulehnen.

In konventionellen Therapieschulen wurde vor allem Wert auf die persönlichen Voraussetzungen des Therapeuten gelegt: Derjenige, der im Rahmen seiner jeweiligen Therapieschule keine Selbsterfahrung besaß, konnte auch kein guter Therapeut sein. Jetzt gibt es eine gegenläufige Tendenz, in der verhaltenstechnologische Überlegungen im Vordergrund stehen. Die entscheidende Frage lautet hier: Wie **verwendet** der Familientherapeut die Probleme, mit denen er seitens der Familie konfrontiert wird, so daß die Probleme der Familie überflüssig werden?

Welche der beiden Strömungen richtig oder falsch ist, ist eine Frage, die eine Pseudoalternative enthält, denn es gibt keine Verhaltenstechnologie ohne aktuelle persönliche Erfahrung, und es gibt keine aktuelle persönliche Erfahrung ohne Verhaltenstechnologie im Sinne zeitweise zielgerichteter Aktionen.

Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich schwerpunktmäßig auf die Darstellung des theoretischen Denkmodells (Teil I) und die Darstellung des Verfahrens zur Protokollierung familientherapeutischer Sitzungen (Teil II). Damit versucht der Autor dem Leser einen möglichst genauen Einblick in die Denk- und Handlungsweise seines therapeutischen Kontexts zu geben.

2. Die rekursive Kontextualisierung natürlicher Prozesse - ein systemisches Modell

Das theoretische Basismodell, das wir unserer Arbeit zugrunde legen, wurde in dieser Zeitschrift bereits kurz beschrieben (vgl. K.G. DEISLER, (1981)). Es wird hier weiter expliziert. Kurz gefaßt besagt das Modell der „rekursiven Kontextualisierung natürlicher Prozesse“, daß natürliche selbstrückbezügliche Prozesse gleichzeitig innerhalb verschiedener unterscheidbaren Ganzheitsweiten (Kontexten) ablaufen. Diese Prozesse kann man also trennen und demgemäß beschreiben.

Wenn man sich auf eine natürliche Gruppe beschränkt, erweist es sich als sinnvoll, folgende vier Prozeßebenen zu unterscheiden, d.h. „logotypische Kontextualisierungen“ vorzunehmen.

1. Systemische Prozeßweite^{3, 4}

(3 oder mehr Personen als System oder Ganzheit): Eine Gruppe wird als ganzheitlicher Prozeß betrachtet; teilnehmende Subprozesse (z.B. Familienmitglieder) konstituieren den Gesamtprozeß und bilden damit ein System nach bestimmten Prozeßregeln verknüpfter Subprozesse. Dieser (gesamt-)systemische Prozeß kann z.B. als Fließmuster, das sich als eine Abfolge bestimmter Subprozesse erfassen läßt, dargestellt werden. Das Kommunikationsmuster einer Familie, die ein bestimmtes Problem bespricht, zeigt ein solches Fließmuster auf. Solche Fließmuster lassen sich sinnvollerweise erst ab 3-Personen-Systemen darstellen.

Um dies an einem einfachen Beispiel zu verdeutlichen, kann man die folgende familiäre „Triangel“ (vgl. J. HALEY, 1967), in der die „ängstliche“ Mutter den „schüchternen“ Sohn für die Kritik tröstet, die dieser seitens seines „bösen“ Vaters eingesteckt hat, herangezogen werden. Wenn man die Informationen, daß Vater und Mutter in diesem Beispiel kaum miteinander reden, hinzufügt, so hat man auf der gesamtsystemischen Ebene einen Prozeß beschrieben, an dem

³ Ursprünglich habe ich in diesem Zusammenhang von „Prozeßebenen“ gesprochen. Ich ziehe es inzwischen vor, von „Prozeß- oder Kontextweiten“ zu sprechen, da der Begriff „Ebene“ zu sehr an räumlich-hierarchisches Denken gebunden ist.

⁴ Das Problem der teilnehmenden Beobachtung wird hier nicht abgehandelt, um eine Verkomplizierung der Diskussion zu vermeiden.

alle drei Kommunikationspartner beteiligt sind und der nach bestimmten Regeln funktioniert. (Bei diesem Beispiel ist darauf zu achten, daß die Personen, die diesen Prozeß bilden, hinsichtlich ihrer Eigenschaften festgelegt wurden; der systemische Prozeß, den diese drei Personen „koproduzieren“, ist nach diesem Modell jedoch zwei logische Stufen höher anzuordnen als die „Eigenschaften“ der Einzelpersonen.).

2. Relationale Prozeßweite

(2-Personen-Subsystem ohne systemische Prozeßweite als Kontext): Auf dieser Ebene werden Prozesse betrachtet oder beschrieben, an denen zwei Personen beteiligt sind. Der Beobachter schränkt hier seinen Blickwinkel auf ein 2-Personen-Subsystem ein, er beschreibt hier die Verknüpfungsregel, nach denen das 2-Personen-Subsystem agiert.

Zieht man das oben genannte Beispiel heran, so wird beispielsweise der Vater aus der Betrachtung ausgeklammert. Das Blickfeld bezieht lediglich die Wechselwirkung Mutter-Sohn ein: die Mutter wendet sich dem Sohn zu, indem sie sagt: „Nimm's nicht so schwer“; der Sohn lächelt darauf die Mutter an, die wieder zurück usw.

3. Individualpsychologische Prozeßweite

(1-Personen-Subsystem ohne systemische und relationale Prozeßweite als einbettender Kontext):

Darstellungen auf individualpsychologischen Prozeßniveau machen sich Erkenntnisse bzw. Aufschlüsselungen zunutze, die der Therapeut mit Hilfe bestimmter Fragen, Beobachtungen und Antworten usw. erhalten hat. Der Status der Beschreibungen auf individualpsychologischem Prozeßniveau kann der einer Vermutung sein, wenn nur geringe Informationen von dem Interviewten vorliegen. Sichere Aussagen über intrapsychische Prozesse kann man machen, wenn man die Aussagen der interviewten Person zu ihrem intrapsychischen Prozessen zugrundelegt.

Aussagen und Darstellungen, die dem individualpsychologischen Prozeßniveau zuzuordnen sind, vernachlässigen also den relationalen und systemischen Kontext; meistens sind die in „Gefühlsform“ gegossen.

Beispiel: Frau X ist traurig ... Auf wen sich die Trauer bezieht, wie ein Kommunikationspartner damit umgeht und wie diese Trauer im systemischen Kontext aufrechterhalten oder abgebaut wird, bleibt also ungeklärt.

4. Somatische Prozeßweite

(1-Personen-Subsystem ohne systemische, relationale und individualpsychologische Prozeßweite als Kontext):

Auf dieser Beschreibungsweite können alle körperlichen Reaktionen beschrieben werden, soweit sie beobachtbar sind oder soweit sie gemessen werden können (Beispiele: Hin- und Her-

bewegen der Extremitäten, Muskelan- und -entspannung, erhöhte Pulsschlagfrequenz, Körpertemperatur, Schwitzen usw.).

Auch auf diesem Beschreibungsniveau ist der Therapeut auf Vermutungen angewiesen, wenn er z.B. Aussagen über Vitalsignale machen soll, da er in den meisten Fällen keine Meßapparaturen verwenden kann, um zu Aussagen auf diesem Niveau zu kommen.

Eine Ganzheits- oder Prozeßweite zeichnet sich demnach dadurch aus, daß sie die nächstniedere Prozeßweite als Subprozeß enthält, während sie gleichzeitig Subprozeß der nächsthöheren ist. So enthält beispielsweise die relationale Prozeßweite die individualpsychologische als Subprozeß. Diese relationale Prozeßweite ist jedoch selbst Subprozeß der systemischen Prozeßweiten.

Betrachtet man die Beziehungen der Prozeßweiten zueinander, so folgt aus dem bisher Gesagten, daß sie „implikativer Art“ sind, d.h., daß z.B. ein relationaler Prozeß nicht einfach eine additive Zusammensetzung zweier individueller Subprozesse darstellt, sondern daß der relationale Prozeß zwei individuelle Subprozesse enthält und damit den Kontext für die individualpsychologische Prozeßweite darstellt. Neben der Beziehungsqualität der Implikationen zwischen den Prozeßweiten wird jeder Prozeßweite für sich genommen die Eigenschaft der Selbst(rück)bezüglichkeit (Rekursivität) explizit zugeschrieben. Dies hat zwei miteinander verknüpfte Gründe:

- a. Um allein die Beziehungsqualität der Implikation zu beschreiben, hätte es genügt, die „logotypische Ordnung“ zwischen Klasse und Elementen, d.h. statischen Einheiten zu definieren. So ist z.B. ein „Stein“ ein Element der Klasse der „Steine“. Bei der Betrachtung menschlicher Probleme geht es aber um lebendige Prozesse. Eine Klasse, bzw. ein Element „toter“ Gegenstände wird - soweit man sich nicht auf atomare oder subatomare Prozesse bezieht, für die Zeitvorstellungen, denen ein Menschenalter als implizite Orientierungseinheit zugrundeliegt - kaum als selbstrückbezüglich definiert.
- b. Insbesondere menschliche Prozesse - innerhalb welcher Prozeßweite man sie auch betrachten mag - wirken auf sich selbst zurück (dieses wird aus dem angefertigten Diagramm (Abb.1) durch folgendes Symbol ausgedrückt: ➡). Hier seien zur Verdeutlichung einige einfache Beispiele genannt:
 - somatische Prozeßweite:
Ein Sportler hat bei einer extremen körperlichen Leistung eine stark erhöhte Pulsschlagfrequenz. Was würde passieren, wenn die somatischen Prozesse nach Beendigung der Leistung nicht auf sich selbst zurückwirken würden, indem sie z.B. die Pulsschlagfrequenz erniedrigen?
 - individualpsychologische Prozeßweite:
Ein Schriftsteller schreibt an einem Nachmittag 40 Seiten an seinem neuen Roman. Was würde passieren, wenn er nach diesen 40 Seiten nicht feststellen könnte, daß er 20 Seiten geschrieben und damit sein Ziel erreicht hat? Mit anderen Worten: Was würde passieren, wenn er nicht auf sein eigenes Verhalten, d.h. auf sich selbst zurückwirken könnte?
 - relationale Prozeßweite:
Ein Paar, das 5 Jahre zusammenlebte, stellt fest, daß die gemeinsame Beziehung beider Partner nicht die Befriedigung erbracht hat, die sie sich erhofft hatten. Was würde passieren, wenn beide dies nicht feststellen könnten, d.h. nicht auf ihre Beziehung zurückwirken könnten?
 - systemische Prozeßweite:

3 Personen sitzen in einem Ruderboot - einer am Steuer, die beiden anderen an je einem Ruder. Der Steuermann stellt fest, daß das Ruderboot geradewegs auf einen Felsen zusteuert. Was würde passieren, wenn die drei ihren Kurs nicht ändern, d.h. nicht auf sich selbst als System zurückwirken könnten?

Der Leser kann sich nun die einfache Frage vorlegen, um die Bedeutung der Rekursivität zu erfassen: Was würde passieren, wenn man die Selbstrückbezüglichkeit menschlicher Prozesse vernachlässigen würde?

Man kann antworten, daß jeder natürliche Prozeß nicht nur - bei Berücksichtigung der Zeit - nach vorne wirkt (feed forward), sondern vor allem die Eigenschaft hat sich selbst zu beeinflussen. Ohne eine solche Selbstbeeinflussung, Selbstkommunikation oder Selbstreflexion - also ohne die **Rekursivität** - wäre kein lebendiger Prozeß möglich; evolutionäre Prozesse würden sich ständig in Entwicklungssackgassen befinden und es gäbe nur Ursache-Wirkungs-Mechanismen im klassischen Sinne der Physik. Zirkuläre Prozesse wären nicht denkbar.

Wie BATESON (1982) betont, enthüllen solche rekursiven Prozesse eine immanente „Hierarchie von logischen Typen“ (vgl. S. 114 ff., a.a.O.). Einige grundlegende Überlegungen MATURANAs, die sich mit der Organisation selbstreferentieller Systeme beschäftigen, stützen ebenfalls diese Sichtweise (vgl. H.R. MATURANA, 1982).

Die **rekursive Kontextualisierung lebendiger Prozesse** erweist sich damit als erkenntnistheoretische Voraussetzung für eine kontextuelle Autonomie (Selbstbestimmung): Da jede Prozeßweite rekursiv konstruiert wurde, ergibt sich für jeweils eine Prozeßweite in Abhängigkeit vom nächsthöheren rekursiven Kontext eine relative Autonomie (vgl. auch F. VARELA, (1975) und E. JANTSCH, (1980)). Die kontextuelle Autonomie wiederum stellt die Voraussetzung für systemische Prozesse dar, die „sich selbst transformieren“ können.

Es ist nützlich, sich darüber im klaren zu sein, innerhalb welcher Prozeßweite man sich jeweils befindet und wozu man ihre Beschreibungen benutzen will. Für therapeutische Fragen ist es nützlich, sich so weit wie möglich auf das systemische Prozeßniveau zu begeben, denn je höher das Niveau, desto mehr Subprozesse werden impliziert. Daß andererseits Darstellungen auf systemischem Prozeßniveau häufig „nur“ nach dem Charakter von formalen Prozeßmustern beschrieben werden können, kann um so mehr dann ein Nachteil sein, wenn die implizierten Subprozesse unbekannt bleiben.

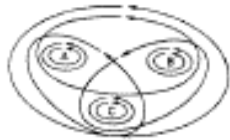
Therapeuten sollten sich die Mühe machen, das für sie problemrelevante Beschreibungsniveau auszuwählen und die Beschreibung entsprechend zu gestalten. Fürchten sie, das systemische Beschreibungsniveau nicht zu erreichen, können sie sich damit trösten, daß das Muster eines unbekanntes Mosaiks auch erst dann sichtbar wird, wenn das Mosaik in seinen Bestandteilen zusammengesetzt ist. Andererseits kann der geübte Betrachter von unvollständigen Mosaiken schon bei wenigen Hinweisen ein Gesamtmuster entwerfen.

Abbildung 1: Die rekursive Kontextualisierung natürlicher Prozesse.

(Graphische Darstellung innerhalb der synchronen Prozeßperspektiven, d.h. Zeitabläufe werden vernachlässigt. Eine diachrone Darstellung, die die Zeit berücksichtigt, würde eine in sich verschlungene Mehrfachhelix ergeben (vgl. Kapitel „jenseits“).

Systemische Prozeßweite

Beliebiges 3- oder Mehr-Personen-System



4 Prozeßweiten:

systemisch (1: ABC)
relational (3: AB, BC, CA)
psychisch (3: A,B,C)
somatisch: (3: A',B',C')

Beispiel: Familie, Paartherapie (Th, Paar)

Relationale Prozeßweite

Beliebiges 2-Personen-Subsystem



3 Prozeßweiten:

relational (1: AB)
psychisch (1: A, B)
somatisch (2: A', B')

Beispiel: Paar, Individualtherapie

Psychische Prozeßweite

Beliebiges 1-Personen-Subsystem



2 Prozessweiten

psychisch: (1: A)
somatisch: (1: A')

Beispiele: Familienmitglied, therapeutisches Teammitglied

Somatische Prozeßweite

Beliebiges somatisches Subsystem



1 Prozeßweite:

somatisch: (1: A')

Beispiele: Mann, Frau

Daß eine Wahrscheinlichkeit, sich dabei zu irren, gegeben ist, läßt sich nicht bestreiten. Eine diesbezügliche Hypothese im Rahmen des Modells der „rekursiven Kontextualisierung natürlicher Prozesse“ lautet: je enger die Prozeßweite, innerhalb derer eine Beschreibung vorgenommen wird, und je weiter das Niveau, für das eine theoretische Folgerung abgeleitet wird, desto größer ist die Irrtumswahrscheinlichkeit.

Schließt beispielsweise ein Psychotherapeut von den festgelegten intrapsychischen Mustern eines Patienten auf die Kommunikationsmuster der ihm unbekanntem Familie, deren Mitglied dieser Patient ist, so wird dieser diesbezüglich der familialen Kommunikationsmuster eher irren, als wenn er die Familie direkt beobachtet: wenn er also individualpsychologische Erklärungsmuster zur Beschreibung von systemischen Prozessen benutzt, wird er in der Präzision seiner Beschreibung eher gering sein, während derjenige, der die systemischen Prozesse beobachtet, darin genauer sein kann.

Aus dem Gesagten ist die Forderung abzuleiten, daß eine Kongruenz zwischen beabsichtigtem und tatsächlichem Beschreibungsniveau herzustellen ist (ein Maß für die Übereinstimmung dieses Niveaus ist demgemäß der „Grad der Kongruenz zwischen beabsichtigtem und tatsächlichem Beschreibungsniveau“).

Neben den Merkmalen der Selbstrückbezüglichkeit und Implikation besteht ein weiteres wichtiges Merkmal in der Kohärenz der Prozessweiten (vgl. dazu auch P. DELL, 1982): Mit Kohärenz ist hier eine Eigenschaft gemeint, die den „Zusammenhang“ und das „Zusammenpassen“ der verschiedenen Prozeßweiten miteinander beschreibt. Um dies zu verdeutlichen, seien einige Beispiele genannt:

Die Kohärenz zwischen den somatischen und psychischen Prozessen ist untrennbar - oder, um es anders auszudrücken: Eine Person, die ihrer psychischen Prozesse beraubt wurde, ist seelisch tot, da somatische Prozesse alleine lediglich Roboterprozesse wären. Umgekehrt kann kein psychischer Prozeß ablaufen ohne die ihn tragenden somatischen Prozesse. Daraus folgt also die wechselseitige Kohärenz somatischer und psychischer Prozesse - sie sind individuell (= unteilbar).

Alle anderen Prozesse sind theoretisch beliebig kombinierbar; tatsächliche Grenzen werden durch die Variablen wie Lebensalter, Kommunikationsvoraussetzungen (Geschlecht, Fähigkeiten usw.) und verschiedene Orte der Kombinationen gesetzt (vgl. „funktionale Grenzen“): So können beispielsweise beim Tennis zwei Personen gegeneinander spielen, was sie jedoch nicht hindert, sich auch andere Spielpartner zu suchen (hier konstituieren also zwei individuelle Subsysteme den einen oder anderen relationalen Prozeß). Darüber hinaus können zwei Tennispartner mit zwei anderen „Doppel“ spielen. (Hier konstituieren zwei relationale Prozesse (zwei Tennispaare) einen systemischen Prozeß (das Doppel)).

Alter (Zeit), Kommunikationsvoraussetzungen (Person) und Ort bestimmen also, wer mit wem wo was macht. Was aus der Aktivität der Person resultiert ist immer ein Prozeß, der logotypisch am höchsten einzuordnen ist. Die Kohärenz macht eine formale Aussage darüber, wie eng die Prozesse innerhalb der verschiedenen rekursiven Weiten „zusammenhängen“, ob sie „trennbar“ bzw. in ihren regelmäßigen Kontingenzmustern „transformierbar“ sind und wie gut sie zueinander „passen“ bzw. miteinander „abgestimmt“ sind.

3. Funktionale Differenzierung innerhalb der Prozeßweiten

1. Systemische Prozeßweite

Bei der systemischen Beschreibung natürlicher Gruppen und ihren Zusammensetzungen ergibt sich ein Problem: Man könnte annehmen, daß alle beteiligten Subprozesse gleichwertig sind. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Zunächst kann man eine funktionale Grenze ziehen zwischen dem Beobachter und dem Therapeuten und der natürlichen Gruppe, die dieser beobachtet bzw. therapiert. Hier ergibt sich also die Frage der funktionalen Zugehörigkeit zum therapeutischen Team einerseits und zur problemtragenden Gruppe andererseits. (Zur Unterscheidung zwischen dem therapeutischen Team und der problemtragenden Gruppe und deren wechselseitige Verknüpfung (vgl. z.B. B.P. KEENEY (1979) oder L. HOFFMAN (1982)).

Eine Differenzierung des systemischen Prozesses innerhalb einer natürlichen Gruppe ergibt sich, wenn man die „Generationsgrenze“ als Unterscheidung einführt. Die Generationsgrenze kann man auffassen als eine „natürliche funktionale Grenze“ in dem Sinne, daß zum Beispiel das Eltern Subsystem bestimmte spezifische Regulations Schleifen konstituiert, während Kinder davon relativ ausgeschlossen sein können (einfaches Beispiel: Sicherung des Lebensunterhaltes).

Vor allem J. HALEY (vgl. z.B. (1967), (1981)), S. MINUCHIN (vgl. z.B. (1981)) und C. MADANES (1981 und 1984) legen nahe, daß diese Grenzen ein „hierarchisches Machtgefälle“ implizieren: Die Eltern haben in normalen funktionierenden Familien konstruktive „Macht über das, was die Kinder zu tun haben - sei es bei der Bewältigung von Hausaufgaben, dem Verbot Drogen zu nehmen oder ähnlichem. Macht und Hierarchie in diesem Sinne sind jedoch immer „unidirektional“, das heißt, sie wirken von „oben nach unten“. Folgerichtig schließen HALEY wie MINUCHIN, daß das hierarchische Machtgefälle zwischen Eltern und Kindern gestört ist, wenn bestimmte Symptomatiken auftreten; die darauf aufbauende therapeutische Konsequenz besteht darin, das natürliche Machtgefälle der Eltern über die Kinder wiederherzustellen, damit ein „normales Funktionieren“ der Kinder wieder möglich wird und sie gegebenenfalls dann das Elternhaus als junge Erwachsene verlassen können.

Vor allem G. BATESON (1974, 1981) hat den Machtbegriff in menschlichen Beziehungen kritisiert, da durch diesen Machtbegriff mechanistisch-physikalisches Denken impliziert werde. Ich schließe mich dieser Auffassung BATESONS an, möchte die Bedeutung funktionaler Grenzen jedoch hervorheben. Die Uneindeutigkeit oder Verwirrung funktionaler Grenzen in einer Familie ist meistens von individueller Symptomatik begleitet, und die Entwirrung und Eindeutigkeit vermindert die Symptomatik. Meines Erachtens ist es also nicht notwendig, den Begriff der Hierarchie beizubehalten und mit dem der Macht zu verknüpfen - es genügt, den Begriff Hierarchie durch den Begriff **funktionale Grenzen** zu ersetzen. Hierzu ein einfaches Beispiel:

Die 17-jährige Tochter erhält von ihrer Mutter die Aufgabe, ihre drei jüngeren Geschwister zu beaufsichtigen; die Systemregel „17-jährige Tochter beaufsichtigt ihre drei jüngeren Geschwister“ spielt solange als funktionale Grenze im Gesamtsystem der Familie, als diese Regel weder von der 17-jährigen Tochter selbst, noch vom Vater oder den Geschwistern bestritten wird. Sobald die Regel von einem der genannten „Systemteile“ bestritten wird, können Uneindeutigkeiten und Verwirrungen der Regel bzw. der funktionalen Grenzen entstehen. Diese wiederum können von bestimmten Symptomatiken begleitet sein.

2. Relationale Prozeßweite

Innerhalb der relationalen Prozeßweite kann man eine funktionale Unterscheidung einführen, die zu einer Zweiteilung führt: Wenn man den relationalen Prozeß zerlegt, kann man die „Transaktion“ der einen von der „Gegentransaktion“ der anderen am relationalen Prozeß beteiligten Personen unterscheiden. Damit werden also die beobachtbaren Verhaltensweisen eines Individuums aus ihrem kommunikativen Kontext (hier: relationaler Prozeß) herausgelöst. Diese Verhaltensweisen können also unmittelbar beobachtet, gehört oder gefühlt werden und sie beziehen sich zwar auf andere Personen, die vom Beziehungspartner rückwirkende Transaktion wird bei der Beschreibung jedoch ausgelassen.

Als Beispiel mag folgendes Transaktionssegment gelten: Eine Mutter tröstet ihren 10-jährigen Sohn, indem sie ihn streichelt und sagt: „Nimm's nicht so schwer.“ (Die weitere Beschreibung beschränkt sich auf das Verhalten der Mutter). Daß dieser Transaktion ein Streit zwischen Vater und Mutter vorausgegangen war, in den sich der Sohn zugunsten der Mutter eingemischt hatte und der Vater dann Stellung gegen die Mutter bezog, sowie die Rückwirkungen der oben genannten Transaktionssegmente auf die Beziehung zwischen Mutter und Sohn (relationaler Subprozeß) bleiben unberücksichtigt.

Demgemäß kann man sagen: Transaktionen sind individuelle Verhaltensweisen, die aus ihrem jeweiligen übergeordneten Kontext herausgelöst wurden. Die Wirkungen und Rückwirkungen auf andere beteiligte Personen und von diesen zurück werden nicht beschrieben.

3. Individualpsychologische Prozeßweite

Familietherapeuten insbesondere, wenn sie sich um die systemische Denkweise bemühen, tun sich schwer mit individualpsychologischen Prozessen. Ein daraus resultierender Widerspruch besteht beispielsweise darin, daß M.H. ERICKSON zwar als genialer Hypnotherapeut verehrt wird, der auch geniale Pioniere der Familientherapie wie HALEY (vgl. seine Bücher über ERICKSON) inspirierte, daß aber die intrapsychischen Prozesse, von denen ERICKSON in fast jedem seiner Aufsätze spricht, ausgeblendet werden.

Wie die bisherige Diskussion des Prozeßweitenmodells zeigt, bereitet die Integration somatischer, individualpsychologischer, relationaler und systemischer Prozesse keine Schwierigkeiten, wenn die selbstrückbezüglichen Prozeßweiten logotypisch kontextualisiert werden.

In diesem Sinne gibt es auch keine Hindernisse, ERICKSONs funktionale Unterscheidung zwischen bewußten und unbewußten Prozessen (vgl. M.H. ERICKSON, (1980)) zu akzeptieren. Im Gegenteil: Diese funktionale Unterscheidung ist sehr nützlich bei Beschreibungen, die sich auf individualpsychologischem Niveau befinden.

Wenn so beispielsweise eine Frau von ihren Schwierigkeiten mit ihrem Partner spricht, danach gefragt, warum sie Tränen in den Augen hat, zur Antwort gibt, sie wisse es auch nicht, sie habe allen Grund, froh zu sein, kann man davon sprechen, daß ihr der Zusammenhang nicht bewußt (d.h. unbewußt) ist.

Es ist klar, daß solche Angaben unterschiedlich kontextualisiert werden müssen - z.B. in Abhängigkeit davon, ob die oben genannte Frau dies in An- oder Abwesenheit des Partners sagt - was also die Aussage im aktuellen relationalen Kontext zu bedeuten hat.

Wichtig ist also auch hier, daß der Beobachter weiß, welchem Prozeßniveau er eine bestimmte Aussage oder Verhaltensweise zuordnet und zu welchem Zweck er die Aussage macht.

4. Somatische Prozeßweite

Analog der Unterscheidung zwischen bewußten und unbewußten Prozessen hat es sich - den derzeitigen Forschungsstand der Hirnforschung zugrundelegend (vgl. vor allem R.W. SPERRY, z.B. 1968) - eingebürgert, von links- bzw. rechtshemisphärischen (hirnorganischen) Prozessen zu sprechen. Die derzeitigen Annahmen in der hypnotherapeutischen Literatur gehen dahin, daß linkshemisphärisch eher analytische, linear-kausale und sprachliche Prozesse zu lokalisieren sind, während rechtshemisphärisch eher ganzheitliche, zirkuläre und visuelle Prozesse lokalisiert werden.

Ohne hier näher auf den Wert dieser Spekulationen eingehen zu wollen, kann man doch auf somatischem Prozeßniveau bestimmte funktionale Unterscheidungen vornehmen, die wie die vereinfachende Aussage bewußt-linkshemisphärisch und unbewußt-rechtshemisphärisch oder bewußt-sympathisch und unbewußt-parasympathisch einen gewissen Sinn haben.

Wichtig ist hier lediglich, daß solche Unterscheidungen getroffen werden können und daß sie im Hinblick auf bestimmte Fragestellungen formuliert werden.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, daß der Begriff der funktionalen Grenzen, der sich, wie gezeigt wurde, z.B. in den Begriffen jüngere und ältere Generation, Transaktion und Gegentransaktion, bewußt und unbewußt und links- und rechtshemisphärisch ausdrücken kann, eine einfache Zweiteilung innerhalb der Prozeßweiten vornimmt. (Andere Unterteilungen sind möglich, werden hier jedoch nicht beschrieben). Die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Prozeßweiten ist anderer Art: Hier werden Kontextweiten unterschieden, bei der die höhere den Kontext der niedrigeren Prozeßweite darstellt und somit die niedrigeren Prozeßweite impliziert: Es ergibt sich hier also eine Hierarchie von jeweils umfassenden Prozeßweiten. Im herkömmlichen Sprachgebrauch wird dies „Ordnung logischer Typen“ genannt, einigen Autoren fällt es schwer „logische Typen“ und „rekursive Prozesse“ zu integrieren (vgl. Family Process, Heft 1, 1982). Das hier vorgestellte Modell stellt einen Versuch dar, aufbauend auf den grundlegenden Überlegungen von Bateson (vgl. G. BATESON, 1982, S. 234 ff), diese Integration vorzunehmen.

Die Vorteile dieses Modells liegen auf der Hand. In theoretischer Hinsicht lassen sich drei Punkte nennen:

- a. Es wird eine Differenzierung der Kontextweiten vorgenommen, die es erlaubt, Beschreibungen verschiedenster Art einem jeweils bestimmten Niveau zuzuordnen. Somatische Prozesse, z.B., werden nicht bestritten, da sie als integrierte Subprozesse verstanden werden.

Insofern hat dieses Modell den Vorteil, daß es eine bestimmte Unterteilung eines definierten Ganzen vornimmt. Diese Unterteilung ist auch für praktische Zwecke angemessen (siehe unten).

- b. Die Niveaudifferenzierung rekursiver Kontexte erlaubt es, dualistische Konzepte zu relativieren. So kann z.B. die Leib-Seele-Trennung dadurch aufgehoben werden, daß geistige

Prozesse ganzheitlich-, „systemisch“ betrachtet werden. Die vorgenommene Differenzierung rekursiver Prozeßweiten ist eine willkürliche, für bestimmte Fragestellungen sinnvolle Unterteilung ganzheitlich ablaufender Prozesse.

- c. Die theoretische Zuordnung verschiedener therapeutischer Verfahren wird nicht mehr in eine unversöhnliche Zweiteilung eingepreßt. Individualtherapeutische Verfahren können in ihren zirkulären Wirkungen auch innerhalb der systemischen Prozeßweite hinterfragt werden, während umgekehrt systemische Therapieverfahren in ihren zirkulären Wirkungen auch innerhalb der individualpsychologischen Prozeßweite analysiert werden können. Daß dabei grundsätzlich verschiedene Kontexte beschrieben werden, wird durch das Modell klar.

In praktischer Hinsicht lassen sich ebenfalls drei Punkte nennen:

- a. Einigen Familientherapeuten bereitet es Schwierigkeiten, die zirkulären Wirkungen therapeutischer Interventionen bei Individuen, Relationen und Systemen sinnvoll zu unterscheiden. Wenn z.B. im Rahmen hypnotherapeutischen Vorgehens eine „Indirekt-stellvertretende Induktion“ vorgenommen wird, bei der statt des Indexpatienten dessen Partner hypnotisiert wird, geht häufig der Indexpatient ebenfalls in Trance. Während der indirekt-stellvertretenden Tranceinduktion besteht natürlich eine Beziehung zwischen Hypnotherapeut und dem Partner des Indexpatienten; genauso wie eine Beziehung zwischen Indexpatient und Partner, sowie zwischen Hypnotherapeut und Indexpatient. Diese drei relationalen Prozesse konstituieren den systemischen Therapieprozeß (vgl. Abb.1).
- b. Dieses Modell erlaubt es, ein multiples Helixmodell der tatsächlichen Kommunikation eines menschlichen Systems zu konstruieren (vgl. Anmerkung zur Abb. 1, sowie Kapitel * jenseits *).
- c. Das im nachfolgenden zweiten Teil dieses Beitrags dargestellte Verfahren zur Protokollierung therapeutischer Sitzungen macht das Modell der **rekursiven Kontextualisierung** zunutze.

BEISPIEL FÜR DIE PRAKTISCHE ANWENDUNG DES MODELLS - VORSCHLAG FÜR EIN PROTOKOLLIERUNGSVERFAHREN

... an den jeweiligen Abenden muß ich die Sitzungen in einer so präzisen Weise niederschreiben, daß ich sie in fünf Minuten nachlesen kann.

Mara Selvini Palazzoli

1. Kurze Beschreibung der therapeutischen Rahmenbedingungen

Vorausgesetzt wird ein therapeutisches Team, welches mit der systemischen Denkweise, insbesondere mit dem Modell der rekursiven Kontextualisierung, wie es in I. Teil dieses Beitrags beschrieben wurde, vertraut ist. Alle beteiligten Personen sollten in der Lage sein, geistige Prozesse innerhalb der angeführten Prozeßweiten zu beschreiben, sie zumindest zuzuordnen. Sind diese Voraussetzungen gegeben, so kann in wechselseitig fördernder Absicht ein therapeutisches Team gebildet das seine Arbeit in folgender Weise gestaltet:

1. Alle therapeutischen Gespräche werden im Team vorbereitet. Das Team besteht aus mindestens einem Therapeuten, einem Supervisor und möglichst aus einem Protokollanten. Die Vorbereitung dient als Grundlage für die Durchführung der Sitzung und nicht der Lösung persönlicher Probleme des Therapeuten. Die bisherigen Erkenntnisse über Familie sind dafür maßgebend. Sollten seitens des Therapeuten Mängel in der Ausübung therapeutischer Kunstfertigkeiten oder Kompetenzdefizite vorliegen, so werden diese mit Hilfe von Trainingseinheiten vor der Sitzung, vor allem jedoch durch Live-Supervision korrigiert. Sowohl die Planung als auch, die Durchführung der jeweiligen Sitzung werden protokolliert. Die Protokolle der Vorbereitung dienen als Richtschnur für die Sitzung, die Protokolle der Sitzung als Grundlage für die Vorbereitung der nächsten Stunde.
2. Alle therapeutischen Gespräche werden live supervidiert; das heißt, daß jeder Therapeut einen zugeordneten Supervisor hat. Dem Supervisor wird allerdings definitionsgemäß höhere Beobachtungs- und Beurteilungskompetenz des therapeutischen Prozesses zugewiesen. Das therapeutische Team sollte flexibel genug sein, um Therapeut und Supervisor für verschiedene Familien von ihren Rollen her auszutauschen. Eine Rollenfixierung wird vom Modell her abgelehnt.
3. Während des Therapieprozesses kann der Supervisor den Therapeuten zur Korrektur, bzw. Verbesserung seines Verhaltens im Therapieprozeß unterbrechen, während es dem Therapeuten freisteht, den Therapieraum zu verlassen und den Supervisor um Rat zu fragen.
4. Am Ende der Therapiesitzung trifft sich das therapeutische Team zu einer Reflexion des therapeutischen Prozesses. Dabei wird entschieden, ob der Therapeut beispielsweise einen

Abschlußkommentar gibt, eine therapeutische Metapher appliziert, eine Vereinbarung vorschlägt, eine Aufgabe gibt oder die Sitzung kommentarlos beendet und ein neuer Termin vorgeschlagen wird.

5. Etwaige Vorkommnisse zwischen den Sitzungen, die eine bestimmte Familie betreffen, Anruf oder ähnliches, werden gesondert auf dem Protokollbogen vermerkt (siehe unten).

Dies sind die wesentlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung der Therapiesitzungen. Abweichungen davon sind zwar möglich, sie bleiben jedoch die Ausnahme. (Darüber hinaus können weitere Angaben zur praktischen Durchführung der systemischen Familientherapie folgenden Literaturstellen entnommen werden: M. SELVINI PALAZZOLI (1979 und 1980) sowie M. SELVINI PALAZZOLI et al. (1977 und 1981) und L. HOFFMAN (1982)).

2. Protokollierungsverfahren

Ein Protokoll ist offizieller Definition zufolge eine „schriftliche Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse einer Sitzung“ (vgl. Duden, 1966).

Das Ergebnis eines Protokolls wird damit im wesentlichen durch die Möglichkeiten und Grenzen der „Schriftsprachen“ bestimmt. Andere Symbolsysteme (vgl. z.B. CRONEN et al.) eröffnen andere Darstellungsformen; das lineare Abfolgemuster der Sprache kann z.B. durch Verwendung bestimmter Symbole überwunden werden. Meines Wissens gibt es jedoch keine ausformulierten Symbolsysteme, die sprachgebundene Darstellungsformen innerhalb der Familientherapie ersetzen könnten (vgl. auch S. MINUCHIN (1977)).

Der sprachlichen Verständlichkeit halber wird bei den hier dargestellten Protokollierungsverfahren auf eine Darstellung durch andere Symbolsysteme verzichtet und zum Teil sprachliche Umständlichkeit in Kauf genommen.

A. Therapieplanung

Unter diesem Ordnungspunkt werden alle wichtigen Planungsaspekte, die die Therapie betreffen, vermerkt. Die wichtigsten Lebensdaten sollten bekannt sein, bevor die erste Therapiestunde geplant wird. Folgende Fragen sollten zusätzlich vorher geklärt sein:

- a. Wie lautet das deklarierte Problem?
- b. Welche Personen definieren es mit welchen Unterschieden?
- c. Welche Personen sind an der Aufrechterhaltung des Problems beteiligt?
- d. In welchem familienzyklischen Stadium befindet sich die Familie?
- e. Seit wann besteht das Problem?
 1. Zunächst gibt der Protokollant an, welche **Teammitglieder** an der Vorbereitung der Sitzung beteiligt sind. Der **Name der Familie**, die **Sitzungszahl** und das **Datum** werden vermerkt.
 2. Danach werden **neue Informationen** zusammengetragen, die zwischen den Sitzungen bekannt wurden, z.B. Anrufe über Krankheit, voraussichtliche Abwesenheit eines Familienmitglieds, Informationen durch Kollegen und ähnliches.
 3. Auf der Basis der Antworten auf die oben genannten fünf Fragen, der neuen Informationen werden **Hypothesen über die problemaufrechterhaltenden Wirkungsmuster** der Familie gebildet.

Im laufenden Therapieprozeß werden die Hypothesenbildungen durch die Kenntnisse der vorhergehenden Stunden ergänzt. Nach Möglichkeit soll dem Modell der selbstrückbezüglichen Prozessweiten zufolge die Hypothese systemisch sein. Hypothesen, die sich innerhalb anderer Prozeßweiten befinden, werden entsprechend zugeordnet.

4. Soweit es dem Team nach den bis dahin angestellten Überlegungen möglich ist, können von diesen Überlegungen **therapeutische Maßnahmen** abgeleitet werden. Alle Maßnahmen können nach den Gesichtspunkten Prozeß und Inhalt unterschieden werden. Die Prozeßmerkmale geben an, wie der Therapeut auf die Familie eingeht (freundlich, zuvorkommend, respektvoll, wirsch, schroff, abweisend), während die inhaltlichen Merkmale darüber Auskunft geben, was der Therapeut mit der Familie bespricht (z.B. Berufsaussichten des ältesten Sohnes).

Unter dem Ordnungspunkt „therapeutische Maßnahmen“ überlegt sich das Team, wie sich der Therapeut am Anfang der Sitzung dem Familiensystem anschließen soll (Joining); soll er z.B. sofort an das Gespräch mit der Mutter, die die Familie angemeldet hat, anknüpfen oder soll er sich zunächst mit dem Vater bekanntmachen usw.? Für die Mittelphase zwischen Begrüßung und Abschluß der Therapiesitzung kann eine Richtschnur festgelegt werden, die dem Therapeuten hilft, bestimmte Informationen über problemrelevante Kommunikationsbereiche zu erhalten (zirkuläre Informationsschöpfung); so kann es sinnvoll sein, durch bestimmte Fragen über Beziehungen oder durch das Anregen problemrelevanter Kommunikationszyklen (enactment) Informationen zu erhalten. Diese Operationsmethoden können allgemein gefaßt sein. Sie können genau festgelegt werden, sobald eine eindeutige Problemdefinition vorliegt.

Im fortgeschrittenen Stadium der Therapie können bestimmte, „strategisch orientierte Vorgehensweisen“ (linguistisch fundierte Fragen bis neustrukturierende Maßnahmen während der Stunde) geklärt werden.

Für den Abschluß der geplanten Therapiesitzung können folgende Interventionen geplant werden: Erläuterungen (neutral gehaltene sachliche Informationen (z.B. über Verhütungsmittel)), Kommentare (mit implizierten, strategisch gefaßten Unterstellungen (Implikationen), die die Familie in eine Richtung führen soll), Metaphern (problemisomorphe und / oder veränderungsinduzierende Bilder, Geschichten oder Witze), Voraussagen (ähnlich wie Kommentare mit strategischen Implikationen (z.B. den Teufel an die Wand malen)), Vereinbarungen (in wechselseitiger Übereinstimmung Absprachen treffen (z.B. vorläufige Anzahl der Therapiestunden)) und Aufgaben (strukturverändernde, -induzierende oder -auflösende Verschreibungen, paradoxe Verschreibungen (z.B. zur Herstellung funktionaler Grenzen) oder einfache Interventionen, die lediglich die Funktion haben, das bisherige Spiel der Familie zu lösen und es der Familie überlassen, eigene Lösungen zu finden.

B. Therapieprozeßbogen

Der Therapieprozeßbogen enthält das eigentliche Protokoll der jeweiligen Sitzung. Dieses Protokoll soll im Unterschied zu anderen Aufzeichnungsmethoden auf das wesentliche des Therapieprozesses beschränkt sein und möglichst präzise und prägnant den Ablauf der Stunde wiedergeben. Das Protokoll dient dem therapeutischen Team dazu, sich bei der Vorbereitung der Sitzung die letzte Stunde zu vergegenwärtigen. Die Differenz der Sichtweisen von Thera-

peut, Protokollant und Supervisor erweist sich dann als die „Information“, auf die das weitere Vorgehen bei der Planung der nächsten Stunde aufgebaut werden kann.

5. Zunächst werden routinemäßig **Datum** und **Dauer der Therapiesitzung** aufgeschrieben; darüber hinaus, ob eine **Video- oder Audioaufzeichnung** der Sitzung gemacht wurde und welche Personen an der **Live-Supervision** teilgenommen haben. Schließlich wird verglichen, welche **Personen** zu der Sitzung gekommen und welche abwesend sind; ausschlaggebend für den Vermerk der Abwesenheit ist hier nicht die Familie in ihrer gesamten natürlichen Zusammensetzung, sondern die vom Therapeuten bestimmte personale Zusammensetzung der laufenden Therapiesitzung. War also z.B. die Großmutter vom Therapeuten zusätzlich zur Kernfamilie zur Therapie eingeladen worden und erscheint diese nicht, wird sie als abwesend vermerkt. Der Großvater war nicht eingeladen, er wird somit nicht als abwesend eingetragen.
6. Der nächste Abschnitt des Therapieprozeßbogens soll Angaben über **Wirkungen** enthalten, die durch den bis zur letzten Stunde angelaufenen therapeutischen Prozeß ausgelöst wurden. Hier kann man drei Veränderungen unterscheiden: beobachtbare, von der Familie berichtete und vom Therapeuten vermutete. Die eigens vermerkten Veränderungen sollten möglichst auf der systemischen Ebene beschrieben werden können, d.h. es sollen morphogenetische bzw. systemtransformierende Prozesse beschrieben werden.
Auch hier findet die Unterscheidung zwischen Prozeß und Inhalt Anwendung (s.o.); ebenso werden verschiedene Prozeßweiten unterschieden, innerhalb derer die Veränderungen stattfinden können: je höher die logische Ebene der Veränderung, desto qualitativ hochwertiger ist sie anzusehen. Aussagen, die in diesem Abschnitt getroffen werden, betreffen nur das problemtragende System und beziehen sich auf Veränderungen, die man der Zeit vor der aktuellen Stunde - z.B. Interventionen während oder auch am Ende der letzten Stunde - zuordnen kann. Natürlich wird auch unter diesem Abschnitt die individuelle Reduktion der Symptomatik angegeben (psychologische oder somatische Prozeßweite).
7. Im Unterschied zu diesen erzielten Wirkungen wird in dem Abschnitt „**Therapeutisches System**“ die Problemgruppe einschließlich Therapeut ganzheitlich beschrieben. Hier gelten dieselben Unterscheidungskategorien zwischen Prozeß und Inhalt, sowie die verschiedenen Prozeßweiten.
Hier wird angegeben, wie beispielsweise die Eltern sich auf den Therapeuten beziehen, daß sie ihn dabei triangularisieren, dadurch den Indexpatienten zeitweise entlasten usw.. Als Inhalte können ebenfalls bestimmte eheliche Konflikte der Eltern oder z.B. die Arbeitslosigkeit des Vaters angeführt werden.
8. Unter der Rubrik „**Spezifische therapeutische Maßnahmen**“ (während der Stunde) wird das therapeutische System, das vorher ganzheitlich beschrieben wurde, aufgespalten in das, was einerseits der Therapeut tut, um bestimmte Effekte zu erzielen, und wie andererseits die Familie darauf reagiert; das, was unter dem Ordnungspunkt „Therapeutisches System“ ganzheitlich und sequentiell zu beschreiben war, wird also aufgeteilt in die Komponenten Therapeut einerseits und Familie andererseits.
So wird z.B. angegeben, wie (Prozeß) und durch welche Themen (Inhalt) der Therapeut sich der Familie angeschlossen hat Vernetzung, welche Informationsfragen er an welche Personen gerichtet hat (Zirkuläre Informationsschöpfung während der Stunde) oder wie er den Ablauf der Kommunikationsprozesse gesteuert hat (andere Maßnahmen während der Stunde).

Schließlich wird protokolliert, mit welchen Maßnahmen der Therapeut die Stunde abgeschlossen hat, nachdem er sich mit dem Supervisor beraten und abgestimmt hat. Dabei können, wie oben bereits angeführt, Erläuterungen, Kommentare, Voraussagen, Vereinbarungen, Aufgaben und Metaphern notiert werden.

In der Beschreibung dieser Elemente ist es wichtig, zu vermerken, inwieweit sich der Therapeut an die geplanten Maßnahmen gehalten hat oder vom Therapieplan abgewichen ist und inwieweit er dabei im konstruktiven Sinne die durch das Team gesetzten Ziele erreicht hat oder nicht. Hier kann auch entschieden werden, ob die Planung der Sitzung angemessen oder problemirrelevant war.

Am Schluß dieses Abschnittes wird vermerkt, wie die Familie auf die verschiedenen, vom Protokollanten angeführten, therapeutischen Maßnahmen eingegangen ist - hat sie sie z.B. angenommen, sich dagegen gewehrt, sie konstruktiv aufgegriffen bzw. entwertet.

9. Die **antizipierten Wirkungen** können abgeleitet werden von den bisherigen Aufzeichnungen. Wenn beispielsweise angenommen wird, daß eine strukturinduzierende Aufgabe die Wirkung hat, die Generationsgrenze zwischen Eltern und Kindern zu ziehen, und sich daraus eine Reduktion des Symptoms ergibt, so kann diese Hypothese hier vermerkt werden. Auch die antizipierten Wirkungen können verschiedenen Prozeßweiten zugeordnet werden. Dieser Ordnungspunkt dient dazu, langfristig eine Annäherung zwischen therapeutischer Absicht und den erzielten Wirkungen herbeizuführen. Die Reflexion über die voraussichtlichen Wirkungen des therapeutischen Handelns erlaubt auf Dauer, die therapeutischen Maßnahmen dem erwünschten Ziel anzugleichen.
10. Der Protokollbogen wird abgeschlossen mit der Eintragung des nächsten **Termins** und der dazu **einbestellten Personen**.
11. Bei der rückblickenden Betrachtung und der Protokollierung der Therapiestunde können dem therapeutischen Team **Fehler und Schwierigkeiten** einfallen, die während der Stunde unter den Tisch fielen. Diese Fehler und Schwierigkeiten können nachträglich noch auf dem Protokollbogen notiert werden. So könnte z.B. der Abschlußkommentar unangemessen kurz oder schroff gehalten sein, so daß der Supervisor vermuten kann, daß die Familie diesen Kommentar abweist oder ohne (Wirkung) absorbiert.
12. Besonders hilfreich können Hinweise sein, die die **Planung der nächsten Stunde** betreffen; wenn der Therapeut beispielsweise bestimmte Personen während des Interviews systematisch übergangen hat (Fehler), kann es sinnvoll sein, daß er diese Person in der nächsten Stunde aktiver in das therapeutische System miteinbezieht, um bestimmte konstruktive Wirkungen zu erzielen.

3. Unkommentiertes Protokoll einer systemischen Familientherapiesitzung

Kurzer Problemabriß:

Die Familie M. wurde von einem Kinderarzt aus einer benachbarten Stadt in der Nähe Marburgs überwiesen. Das Indexproblem bestand darin, daß der 13-jährige Sohn im Unterricht kein Wort mehr herausbrachte, extrem schüchtern und zurückhaltend war. Die Eltern (Va: 42, berufstätig; Mu: 40, Hausfrau) machten sich Sorgen um das schulische Fortkommen des Sohnes. Sie beschrieben ihren Sohn als „ängstlich von Geburt an“ und sahen in ihrer Tochter (16) das problemfreie, weltoffene Mädchen, das bisher keinerlei Schwierigkeiten machte.

Therapieprozeßbogen⁵: Protokoll der 3. Therapiesitzung

A. THERAPIEPLANUNG

01. FORMELLE ANGABEN

Name: M. Einbestellt: Va, Mu
Datum: 11.11.81

Sitzung: 3
Team: KD (Th), PG (Sv)⁶

02. NEUE INFORMATIONEN VOR DER STUNDE

keine

03. HYPOTHESEN

Systemisch: Es besteht ein noch ungeklärter Konflikt zwischen dem Ehepaar, in den der Sohn einbezogen ist. Die Eltern tragen diesen Konflikt nicht offen aus; sie leiten ihn statt dessen über den Sohn um, indem die Mutter den Sohn überbeschützt und dieser die Mutter für ihren Kummer, der aus dem Konflikt mit dem Vater hervorgeht, tröstet.

Der Vater ist relativ isoliert: Er kümmert sich wenig um seine Frau, genauso wenig um seinen Sohn. Dadurch wird die enge Bindung zwischen Mutter und Sohn verstärkt.

Vom familialen Konflikt unbelastet ist die Tochter. Sie erfährt sowohl von der Mutter als auch vom Vater altersgemäße Zuwendung, erhält aber auch genug Freiheit, um sich selbstständig zu entwickeln.

Relational: (soweit nicht bereits in der systemischen Hypothese enthalten)

Mutter – Vater: Die Mutter scheut die Auseinandersetzung mit dem Vater, da beide eine „Mußehe“ eingegangen sind; der Vater weicht dem Konflikt ebenfalls aus und stürzt sich in seine Arbeit - er ist kaum zu Hause.

⁵ Im Appendix befindet sich eine überarbeitete Checkliste, die man zur Abfassung eines Protokolls benutzen kann.

⁶ Th = Therapeut, Sv = Live-Supervisor.

Mutter – Sohn: Siehe systemische Hypothese.

Vater – Sohn: Der Vater vernachlässigt seinen Sohn, dieser bezieht sich ebenfalls kaum auf den Vater.

Mutter – Tochter: problemfrei.

Vater – Tochter: problemfrei.

Tochter – Sohn: problemfrei.

Psychisch:

Vater: sehr nervös, hyperaktiv, spricht ungern über seine Probleme.

Mutter: depressiv, resigniert.

Tochter: problemfrei, erfolgreich.

Sohn: schüchtern, extrem ängstlich, erythrophobisch.

Somatisch:

Einige Spekulationen den Vater betreffend wurden, da sie nicht fundiert begründet waren, fallengelassen.

04. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

a) Vernetzung:

Wurde nicht geplant, da unproblematisch.

b) Informationsschöpfung⁷:

Vater soll Beziehung Mutter-Sohn näher beschreiben.

Mutter soll Beziehung Vater-Sohn näher beschreiben.

Wie sind die Eltern bisher mit dem Problem umgegangen?

c) Abschluß der Stunde:

Es soll eine strukturindizierte Aufgabe gegeben werden, durch die, die Eltern mehr aufeinander bezogen werden, um dadurch den Sohn zu entlasten, ihn aber auch zu mehr selbständiger Aktivität zu provozieren.

B. THERAPIEPROZESS

05. FORMELLE ANGABEN

Anwesend: Va, Mu.

Dauer: 19.00 - 21.00 h

Abwesend: - (Kinder waren nicht einbestellt)

Datum: 11.11.81

video - audio live

⁷ Die **Informationsschöpfung** entspricht formal gesehen dem „zirkulären Fragen“ (vgl. M. SELVINI PALAZZOLI et al. (1981). Sie wird jedoch nach unserem Modell systematischer angewandt und als kokreativer, systemischer, das heißt informationserzeugender Prozeß verstanden (s. dazu K.G. DEISSLER, (1985) in Vorbereitung).

06. ERZIELTE WIRKUNGEN

Systemisch:

Da nur das Ehepaar M. anwesend ist, lassen sich Veränderungen auf dieser Prozeßweite nicht direkt beobachten, Vermutlich haben sich noch keine wesentlichen Veränderungen ergeben.

Relational:

Das Ehepaar geht offener miteinander um, weniger behutsam und wechselseitig beschützend.

Beide greifen sich wechselseitig an. Herr M. sagt z.B., seine Frau behandle ihren Sohn wie eine Glucke ihr Küken. Sie wirft ihm vor, er behandle den Sohn wie einen 6-jährigen.

Psychisch:

Frau M. zeigt sich weniger depressiv. Herr M. zeigt keine Veränderungen.

Somatisch:

Keine feststellbaren Veränderungen.

07. THERAPEUTISCHES SYSTEM

Systemisch:

Der Therapeut leitet die Sitzung im Sinne der zirkulären Befragung. Das Ehepaar M. gibt bereitwillig Auskünfte. Wenn der Therapeut einen Ehepartner über den jeweils anderen befragt, greift häufig der indirekt angesprochene Partner ein, um den anderen zu korrigieren, insbesondere wenn es um die Rechtfertigung des eigenen Verhalten gegenüber dem Sohn geht.

Relational:

Therapeut – Vater: unproblematisch.

Therapeut – Mutter: unproblematisch.

Mutter – Vater: Sobald der Sohn zur Sprache kommt, werden beide nervöser. Im Unterschied zur letzten Stunde bemühen sie sich jedoch, ihre differierenden Sichtweisen bezüglich der Erziehungsvorstellungen klar auszusprechen.

Psychisch / Somatisch:

(vgl. erzielte Wirkungen)

08. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

a) Vernetzung:

unproblematisch (vgl. Planung)

b) Informationsschöpfung:

an beide:

Wollten die Eltern in Gegenwart der Kinder etwas nicht besprechen?

Worauf gründet sich die Angst um den Sohn?

Welche Ziele möchten die Eltern für ihren Sohn erreichen?

an Vater:

Wie schätzen Sie die Beziehung Ihrer Frau zu Ihrem Sohn ein?

an Mutter:

Wie schätzen Sie die Beziehung Ihres Mannes zu Ihrem Sohn ein?

c) Ende der Sitzung:

Nach Rücksprache mit dem Live-Supervisor entschließt sich der Therapeut, am Ende der Stunde keinen Kommentar abzugeben und stattdessen, wie geplant, eine strukturverändernde Aufgabe zu stellen:

1. Jeder der Eltern soll sich zunächst überlegen, was er an seinem Sohn verändert sehen möchte. Danach sollen die Eltern sich auf einen gemeinsamen Katalog von Änderungswünschen einigen und sich zu diesem Zweck abends zusammensetzen.

2. Bei den abendlichen Zusammenkünften sollen sie festlegen, wie sie die Veränderungen erreichen wollen.

3. Darüber hinaus sollen sie festlegen, wie sie reagieren wollen, wenn die gewünschten Veränderungen nicht erreicht werden. (Ziel dieser Aufgabe ist es, die Eltern mit Hilfe des Problems zu gemeinsamen Aktivitäten anzuregen, die Mutter aus ihrer engen Bindung zu dem Sohn zu entlassen und den Vater mehr in die „Pflicht“ zu nehmen.).

d) Informative Wirkung a) - c):

a): unproblematisch

b): Vgl. 7. Therapeutisches System.

c): Die Eltern nehmen die Aufgabe bereitwillig an, scheinen sogar erleichtert zu sein über die sich abzeichnenden Besserungen bezüglich des Problems mit ihrem Sohn.

09. ANTIZIPIERTE WIRKUNGEN

Systemisch:

Durch bessere wechselseitige Abstimmung der Eltern wird der Sohn mehr aus der problem-aufrechterhaltenden Triangel entlassen; der Sohn unterstützt aktiv diese Tendenz.

Relational:

Eltern: Die Eltern verstehen sich bezüglich der Problembewältigung des Sohnes besser, geraten jedoch in anderen Bereichen ihrer Beziehung in stärkere Konflikte. Der Inhalt der Konflikte läßt sich nicht vorhersagen.

Vater – Sohn:

Der Vater bemüht sich mehr um seinen Sohn, indem er ihn z.B. in seine Arbeit einbezieht; der Sohn entwickelt in der Beziehung zu seinem Vater mehr Selbstvertrauen.

Mutter – Sohn:

Die Mutter entläßt den Sohn aus seiner Trösterfunktion; anfänglich wehrt der Sohn sich dagegen; er gewinnt jedoch auch in der Beziehung zu seiner Mutter an Selbständigkeit.

Vater – Tochter, Mutter – Tochter, Tochter – Sohn: keine besonderen Hypothesen.

Psychisch:

Vater:

Entlastet und erleichtert über den positiven Einfluß, den er auf seinen Sohn ausübt.

Mutter:

Kurzfristige Aufhellung ihrer Depressionen (vgl. relationale Hypothese Eltern).

Sohn:

Leistungsverbesserungen in der Schule; spricht wieder im Unterricht - Beginn der individuellen Problemreduktion.

Tochter: Unverändert.

Somatisch:

Keine Veränderungen.

10. NÄCHSTER TERMIN

30.11., 19.00 h

Einbestellte Personen: Ehepaar M.

11. FEHLER UND SCHWIERIGKEITEN DER SITZUNG

keine

12. VORBEREITENDE GEDANKEN ZUR PLANUNG DER NÄCHSTEN STUNDE

Es soll genau exploriert werden, wie die Eltern die Aufgabe gelöst haben, um zu weiteren Spezifizierungen der Hypothesen zu gelangen, Änderungen festzustellen und den ehelichen Konflikt genauer definieren zu können.

NACHTRAG NACH DER NÄCHSTEN SITZUNG:

Alle antizipierten Wirkungen traten ein. Der antizipierte Konflikt der Eltern konzentrierte sich auf ihre jeweiligen Ursprungsfamilien und den aus diesen resultierenden persönlichen Konflikten, die sich auf relationalem Prozeßniveau zu Beginn der Konstituierung ihrer Zweierbeziehung niederschlug. Diese Konflikte konkretisierten sich in ihrem sexuell unbefriedigenden Verhältnis.

ABSCHLUSSBETRACHTUNG

Das hier vorgestellte Protokollierungsverfahren ist relativ zeitaufwendig, jedoch einfach und ohne großen Materialaufwand zu handhaben. Bei zeitaufwendigen Verfahren stellt sich immer die Frage, ob der Aufwand das Ergebnis rechtfertigt.

Hierzu möchte ich nochmals darauf hinweisen, daß das jeweilige Protokoll der Stunde als Grundlage der Vorbereitung für die nächste Stunde herangezogen wird. Besonders, wenn der Therapeut sich nicht auf eine oder zwei verschiedene Familientherapien pro Woche beschränkt, ist ein schnelles Rekapitulieren der letzten Therapiestunde sinnvoll. Wenn der Therapeut die Aufgaben oder wichtigen Kommentare, die er in der letzten Stunde applizierte, vergessen hat, so kann das mehr als peinlich sein. Es kann den ganzen Therapieprozeß behindern und erreichte konstruktive Wirkungen zunichte machen.

Da es für einen Therapeuten insbesondere bei einer hohen Therapiestundenzahl pro Woche nicht möglich ist, sich alle videographierten Sitzungen anzusehen und im Detail zu analysieren, bietet ein systematisches Protokoll wertvolle Hilfe, sich die letzte Stunde zu vergegenwärtigen. Insbesondere, wenn die Protokollierung (vor allem der ersten Therapiesitzung) dazu beiträgt, folgende Fragen zu beantworten, kann der Aufwand für solche Protokolle als gerechtfertigt gelten:

- a. Welche positiven Funktionen hat das Problem (Symptom) für die problemtragende Gruppe?
- b. Wer hat bisher wie versucht, das Problem zu lösen?
- c. Wie können die problemaufrechterhaltenden Wirkungsmuster pragmatisch definiert werden (wer macht mit wem was, mit welchen kohärenten Wirkungen (systemische Prozeßweite))?
- d. Welche Organisationsstruktur (Abstraktion aus den bisher gewonnenen Informationen) ergibt sich für die problemtragende Gruppe aus der Beantwortung der drei ersten Fragen?
- e. Wie kann der Therapeut den problem-aufrechterhaltenden kohärenten systemischen Prozeß so nutzen⁸, daß er eine „sich-selbst-transformierenden (autosystemischen) Prozeß“⁹ bei der Familie auslöst, der innerhalb der individualpsychologischen Prozeßweite von Symptomreduktionen begleitet wird?

Die Güte der bisherigen Informationsschöpfung kann mit der Beantwortung dieser Fragen überprüft werden. Sie stellt die wichtigste Voraussetzung für die Festsetzung der temporären prozeßabhängigen Ziele und die daraus ableitbare therapeutische Vorgehensweise dar. Die Ziele selbst können den verschiedenen Prozeßweiten zugeordnet werden. Ein Ziel innerhalb der systemischen Ebene wäre z.B. ein „sich-selbst-transformierendes System“, das einen Jugendlichen aus dem elterlichen Konfliktmuster entläßt; damit können sich die kohärenten Kontingenzmuster einer Familie so ändern, daß beispielsweise die Anorexie eines 13-jährigen Mädchens verschwindet. Gleichzeitig können sich die Dauer und Intensität der elterlichen Konflikte erhöhen. Kurzgefaßt kann man das Ziel der Familientherapie also als „autonome System-

⁸ vgl. **Systemische Utilisierung** Kapitel * jenseits *.

⁹ vgl. **Autosystemische Transformation** Kapitel * auto *.

transformation“ bezeichnen, die innerhalb aller rekursiven Kontextweiten wirkt und damit auch individuelle Symptome beseitigen kann.

Ein Mißverständnis bezüglich des vorgeschlagenen Verfahrens könnte darin bestehen, daß es im Sinne des „sozialen Machtmodells“ der Förderung der „Kontrolle systemischer Prozesse“ für verdächtig erachtet wird. Das Machtkonstrukt innerhalb jeglicher Theorie menschlicher Beziehungen entstammt dem klassischen-physikalischen Denken vergangener Jahrhunderte; es ist ein Mythos, der sich durch sein impliziertes unidirektionales Ursache-Wirkung-Denken selbst behindert und damit erkenntnistheroretisch ad absurdum führt.

Wenn man als Therapeut zwischenmenschlichen Systemen erlaubt, kontextangemessene autonome Systemtransformationen zu finden, bzw. solche Prozesse fördert, finden die betroffenen Gruppen bessere Lösungen, als sie ein Therapeut im Sinne der sozialen Kontrolle jemals zu planen vermag. Damit dient die hier implizierte Art der Therapie nicht der Erhöhung der sozialen Kontrolle, sondern der Eröffnung neuer Optionen für die betroffene Ökogruppe. Der beste Nutzen, den ich mir demgemäß von diesem Aufsatz für den Leser wünschen kann, besteht darin, das vorgeschlagene theoretische Basismodell und das Protokollierungsverfahren nicht mechanistisch anzuwenden, sondern es den eigenen Arbeitsbedingungen, dem eigenen therapeutischen Vorgehen und nicht zuletzt den Bedürfnissen der betroffenen Familie anzupassen.

BIBLIOGRAPHIE

- BATESON, G. (1974): Draft: Scattered Thoughts for a conference on „Broken Power“. *Co-Evolution Quarterly*, 4: 26-27.
- BATESON, G. (1981): Krankheiten der Erkenntnistheorie. In: G. BATESON: *Ökologie des Geistes*. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- BATESON, G. (1982): *Geist und Natur. Eine notwendige Einheit*. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- CRONEN, V.E., JONES, K.M. & LANNAMANN, J.W. (1982): Paradoxes, double binds, and reflexive loops: An alternative theoretical Perspective. *Family Process*, 21: 91-112.
- DEISSLER, K.G. (1981): Anmerkungen zur Ökosystemischen Sichtweise der Psychotherapie. *Familiendynamik*, 6: 158-175).
- DEISSLER, K.G. (1985, in Vorbereitung): Die zirkuläre Befragung, als Informationsschöpfung. Regeln zur Entwicklung problemrelevanter Fragen im kokreativen Prozeß systemischer Familientherapie.
- DELL, P.F. (1982): Beyond Homeostasis: Toward a Concept of coherence. *Family Process*, 21: 21-42.
- DUDEN (1966): *Fremdwörterbuch*. Mannheim (Duden-Verlag).
- ERICKSON, M.H. (1980): *The Collected Papers of Milton H. Erickson, Vol. I-IV*. Herausgeber: E.L. ROSSI. New York (Irington).
- FAMILY PROCESS (1982): Verschiedene Aufsätze in Heft 1, März 1982, Jahrgang 21.
- HALEY, J. (1967): Ansätze zu einer Theorie pathologischer Systeme. In: WATZLAWICK, P. & WEAKLAND, J.H. (Hg., 1980): *Interaktion*. Bern (Huber).
- HALEY, J. (Hg.) (1967): *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapie. Selected Papers of M. H. ERICKSON*. New York (Grune & Stratton).
- HALEY, J. (1981): *Ablösungsprobleme Jugendlicher. Therapie mit Familien junger Erwachsener*. München (Pfeiffer).
- HOFFMANN, L. (1982): *Grundlagen der Familientherapie*. Hamburg (Isko).
- JANTSCH, E. (1982): *Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist*. München (dtv).
- KEENEY, B.P. (1979): Ecosystemic Epistemology: An alternate Paradigm for Diagnosis. *Family Process*, 18: 117-129.
- MADANES, C. (1981): *Strategic Family Therapy*. San Francisco (Jossey-Bass).
- MADANES, C. (1984): *Behind the One-Way Mirror: Advances in the Practice of Strategic Therapy*. New York (Jossey Bass).

- MATURANA, H.R. (1982): Erkennen: Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit. Braunschweig (Vieweg).
- MINUCHIN, S. (1977): Familie und Familientherapie. Freiburg (Lambertus).
- MINUCHIN, S. & FISHMAN, H.C. (1981): Family Therapy Techniques. London (Harvard University Press).
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1979): Das Mailänder Modell. Interview. Vgl. Kapitel * pathos *.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1980): Why a long Interval between sessions? The therapeutic Control of the family-therapist Suprasystem. In: M. Andolfi & I. Zwerling (Hg.): Dimensionen of Family Therapy. New York (Guilford).
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart (Klett-Cotta).
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1981): Hypothesieren - Zirkularität - Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung, Familiendynamik, 6: 123-139.
- SPERRY, R. W. (1968): Hemisphere disconnection and unity in conscious awareness. Amer. Psychologist, 23: 723-733.
- VARELA, F. (1975): A Calculus for Self-Reference. Intern. J. General Systems, 2: 5-24.

GRUNDLAGEN SYSTEMISCHER THERAPIE

EIN INTERVIEW MIT PAUL WATZLAWICK

Paul WATZLAWICK (pw)

Interviewer: Klaus G. Deissler (kd) und Peter-W. Gester (pg)¹

VORWORT

Zu Paul WATZLAWICK in einer Einleitung zu einem Interview viel zu sagen, hieße „Eulen nach Athen“ tragen; ein paar kurze Bemerkungen möchte ich mir jedoch erlauben.

Zunächst hoffe ich, daß dem interessierten Leser durch dieses Interview ein paar wichtige Hintergrundinformationen gegeben werden, die sonst nur schwer zugänglich sind. Darüber hinaus scheint es mir sinnvoll, ein paar Bemerkungen zu der Kritik an WATZLAWICK und der von ihm vertretenen systemorientierten Psychotherapie zu machen:

Wenn im deutschsprachigen Raum die systemorientierte Psychotherapie kritisiert wurde, so bezog sich die Kritik meist auf Paul WATZLAWICK als Person. Warum war das so? Bei der Beantwortung dieser Frage kann man zumindest folgende drei Punkte beachten:

1. WATZLAWICK hat seine Veröffentlichungen z.T., bevor sie in den USA erschienen, in deutscher Sprache publiziert; damit war er in unseren Breiten Exponent einer neuen Sichtweise „psychischer Probleme“, denn vor ihm hat kein deutschsprachiger Autor das „systemorientierte Neuland in der Psychotherapie“ betreten.
2. Man darf wohl annehmen, daß Paul WATZLAWICK wie kein anderer die systemorientierte Psychotherapie und ihre theoretischen Grundlagen systematisch dargestellt hat.
3. Viele der Ideen und Techniken, die WATZLAWICK veröffentlicht bzw. beschrieben hat, treffen den „Nerv“ eines großen Teils unserer Kollegen, die noch in „absolutistischen Moralbegriffen“ denken. „Absolutistische Moralbegriffe“ soll heißen, daß viele Kollegen noch glauben, daß wenn sie nur ihrer eigenen Definition zufolge „echt“, „ehrlich“ oder „wahrhaftig“ sind, können sie ihrem Klienten helfen. Die therapeutische „Wahrheit wird damit zu einer vom jeweiligen Kontext“ der Klienten losgelösten Perspektive, die die therapeutische Arbeit zur „beziehungslosen Selbstbefriedigung“ degradiert, da die Wirkungen therapeutischen Handelns nicht bedacht und verantwortet werden.

¹ Original in: KONTEXT 1980, 4: 40-55.

Was Paul WATZLAWICK solchem Denken entgegengesetzt hat, sind „relationale Konzepte“, denen „Absolutheitsansprüche“ fremd sind, d.h. sie sind sich ihrer eigenen Relativität bewußt. Diese Denkweise hat er vor allem von Gregory BATESON in seiner theoretischen Grundlegung und von Milton H. ERICKSON in der therapeutischen Praxis übernommen.

So gesehen ist Paul WATZLAWICK im deutschsprachigen Raum Exponent einer viel weiter und intensiver begründeten neuen paradigmatischen Sicht- und (Be)Handlungsweise „psychischer Probleme“, als sie dem Neuling auf diesem Gebiet erscheinen mag. In seiner exponierten Stellung hat WATZLAWICK als Einzelperson also viel Kritik einstecken müssen, die, wenn sie fair und von Kenntnis getragen worden wäre, nicht nur ihn hätte treffen dürfen.

Abschließend möchte ich auf die große Leistung WATZLAWICK's hinweisen, die er zusammen mit seinen Kollegen(-innen) J.H. BEAVIN und D.D. JACKSON vollbracht hat, als er die „menschliche Kommunikation“ (1967) zusammenfassend referierte. Um diese Leistung besser einschätzen zu können, schlage ich dem Leser vor, sich ein paar Jahre Studium zu gönnen, die inzwischen weitbekannte Literatur zum systemischen Paradigma in der Psychotherapie zu studieren und danach nochmals die „Menschliche Kommunikation“ zu lesen ...

Formale Angaben zum Interview:

Das Interview wurde am 29.5.1980 in Gießen durchgeführt; es dauerte 45 Minuten. Interviewer waren Klaus G. Deissler (kd) und Peter-W. Gester (pg). (Abkürzung für P. Watzlawick = pw). Das Interview wurde redigiert von kd und in der vorliegenden Form autorisiert von pw. Anschließend möchte ich darauf hinweisen, daß dieses Interview ohne die freundliche Unterstützung von Hugo Eysel und seinen Leuten aus Gießen nicht möglich gewesen wäre, vielen Dank Hugo!

INTERVIEW MIT PAUL WATZLAWICK

kd: Herr WATZLAWICK, soweit wir wissen, sind Sie Österreicher. Wie und wann hat es Sie von Österreich nach Palo Alto verschlagen?

pw: Ich war nach meiner Ausbildung in Zürich bereits in der Privatpraxis tätig und erhielt 1956 die Nachricht, daß die Universität von El Salvador den Lehrstuhl für Psychotherapie vergeben wollte. Ich habe mich um diesen Lehrstuhl beworben, wurde angenommen und ging im Jahr 1957 nach El Salvador. Dort habe ich 3 Jahre an der medizinischen Fakultät und der Abteilung für Psychologie gelehrt. Nach diesen 3 Jahren entschloß ich mich, nach Europa zurückzugehen, wollte aber, da ich schon drüben war, mir noch die Vereinigten Staaten ansehen und ging zunächst an die Abteilung für Psychiatrie der Temple Universität in Philadelphia, wo damals ROSEN'S „Direkte Analyse“² näher untersucht und ausgewertet wurde. 1960 arbeitete ich in Philadelphia mit SCHEFLEN und BIRDWISTHELL zusammen: Ende 1960, als ich von den Arbeiten der BATESON-Gruppe schon wußte, kam dann DON JACKSON nach Philadelphia und lud mich ein nach Palo Alto zu kommen. Seit Ende 1960 bin ich also in Palo Alto.

² ROSEN, J.N. (1951): Direct Analysis. Grune & Stratton, New York.

kd: Können Sie uns über Ihren geistigen Werdegang berichten - z.B. aus welchem, Fachgebiet Sie ursprünglich kommen?

pw: Ich komme ursprünglich aus den modernen Sprachen und der Philosophie. Ich habe in Venedig promoviert und anschließend daran die Ausbildung an Jung-Institut gemacht; ich bin an sich Analytiker der Jung-Richtung.

pg: Könnten Sie noch sagen, wie Sie von den modernen Sprachen und der Philosophie in die psychologisch-psychoanalytische Richtung gekommen sind?

pw: Da gab es eigentlich keinen direkten Übergang; ich habe nur gefunden, daß meine Sprachkenntnisse und auch meine bescheidenen Kenntnisse der Linguistik und meine ebenfalls bescheidenen Kenntnisse der Philosophie mir geholfen haben, gewisse Dinge zu formulieren, die im Rahmen der Palo-Alto-Gruppe, wie sie irrtümlicherweise genannt wird (- es waren nämlich immer zwei Gruppen, die BATESON-Gruppe, bei der JACKSON als Konsulent tätig war und dann das von ihm gegründete Mental Research Institute (MRI)), entwickelt wurden.

pg: Da haben Sie mich vielleicht mißverstanden: Ich meinte, wie Sie von den modernen Sprachen zur Psychoanalyse gekommen sind?

pw: Da war wirklich kein Zusammenhang. - Sie wissen, in Österreich muß man irgendein Dr. sein - ob Agronomie oder Astronomie ist gleichgültig. Ich hatte niemals die Absicht gehabt, mit dem Studium irgendetwas anzufangen und habe dann im Grunde genommen meine Ausbildung in Zürich als mein Hauptstadium betrachtet. Es gibt da im Grunde keinen Zusammenhang; es hat auch keinen Zweck, irgendeinen zu postulieren. Ich hatte vom Institut in Zürich erfahren, war sehr interessiert, ließ mir den Ausbildungsplan und die Zulassungsbedingungen zuschicken, fuhr Ende 1950 dort hin und habe dort nach 3 1/2 Jahren mein Analytikerdiplom bekommen.

kd: Im psychosozialen Bereich gibt es verschiedene Modetrends: So gab es z. Zt. der Studentenbewegung 1968 eine Renaissance der Psychoanalyse, es folgte die Gesprächspsychotherapie à la ROGERS und jetzt herrscht in der BRD die Verhaltenstherapie vor. Sind die Kommunikationstherapie und die Familientherapie der letzte Schrei?

pw: Ich glaube nicht, daß die Kommunikationstherapie und die Familientherapie eine solche andere Neuerung darstellen. Ich glaube vielmehr, daß die Epistemologie, die seit 1945, also Ende des Krieges langsam akzeptiert wurde, nun eben auch in das Gebiet der Therapie eindringt, d.h. das Denken in Rückkopplungskreisen, das Denken in einer zirkulären und nicht einer linearen Kausalität. In dieser Hinsicht ist es mehr als der letzte Schrei; es ist ganz einfach die Anwendung einer wirklich neuen Wissenschaft Grundauffassungen auch auf unser Gebiet, das ja der allgemeinen wissenschaftlichen Entwicklung um ca. 30 Jahre nachhinkt.

kd: Sicher erlauben Sie, daß wir eine weitere provokante Frage stellen? GREGORY BATESON gilt als der geistige Vater der systemorientierten Psychotherapie. MILTON H. ERICKSON gilt als genialer Praktiker. Von JAY HALEY heißt es, er habe diese beiden Ansätze kongenial integriert. Böse Zungen behaupten nun, PAUL WATZLAWICK habe die Arbeiten der Palo-Alto-Gruppe vermarktet und das große Geld gemacht. Wie schätzen Sie Ihren eigenen Beitrag zur Palo-Alto-Gruppe ein?

pw: Ob man BATESON als den geistigen Vater bezeichnen kann, weiß ich nicht; er ist nicht primär Therapeut. Er hat die Gültigkeit des systemischen Ansatzes vor allem auf dem Gebiet der Anthropologie bewiesen, hat sie dann ausgedehnt auf verschiedene andere Bereiche - wie gestern erwähnt vor allem auf dem Gebiet der paradoxen Kommunikation, an der er besonders interessiert war. Bei Bateson geht das aus von seinen Studien im Südpazifik, auf Bali, auf Neuguinea; erst zu Beginn der 50-iger Jahre dann hat er diesen Ansatz auf das menschliche Verhalten im Rahmen der Psychotherapie oder Psychiatrie ausgedehnt. ERICKSON ist zweifellos der geniale Praktiker; er hatte aber keine direkten Verbindungen zur Palo-Alto-Gruppe. ERICKSON ist eine Persönlichkeit sui generis, der diese wirklich genialen Ansätze aus der Hypnose heraus entwickelte. Ob man sagen kann, daß HALEY diese beiden Ansätze kongenial integriert hat? - Ich glaube vor allem hat HALEY - aber auch WEAKLAND, der leider viel zu wenig erwähnt wird - den Ansatz ERICKSON's besonders herausgestrichen. Ich glaube, HALEY und WEAKLAND sind, verantwortlich dafür, daß ERICKSON im Laufe der letzten 15 Jahre sehr bekannt wurde. Von dem Gerücht, daß ich die Arbeiten der Palo-Alto-Gruppe vermarktet und das große Geld gemacht hätte, höre ich hier zum ersten Mal. Erstens ist ja die „menschliche Kommunikation“³ eine Gemeinschaftsarbeit; ich erscheine als federführender Autor tatsächlich nur deshalb, weil ich die meisten Seiten des Buches geschrieben habe; BEAVIN und JACKSON haben daran mitgearbeitet - vor allem ist es also eine Gemeinschaftsarbeit, die BATESON im Manuskript gesehen hat - das Buch ist, wie Sie wissen, GREGORY BATESON gewidmet. Wenn es darum geht, wer die besten Bücher geschrieben hat, müßte man HALEY erwähnen, denn er hatte mit den „Strategien der Psychotherapie“⁴ ja längst die Sache verbreitet. - Nebenbei bemerkt macht man mit Büchern kein großes Geld.

kd: Wie schätzen Sie Ihren eigenen Beitrag zur Palo-Alto-Gruppe ein?

pw: Eigentlich nur als langjähriger Mitarbeiter der Gruppe. Das MRI wurde 1959 gegründet und ich kam Ende 1960 dorthin; ich war also nicht an der Gründung beteiligt, wurde aber Mitglied des Institutes zu einer relativ frühen Zeit. Mein eigener Beitrag ist, glaube ich, eine gewisse Systematisierung, die eben in der „Menschlichen Kommunikation“ zum Ausdruck kommt. Bis dahin war die Sache nicht in der Weise zusammengefaßt, und wir haben uns zusammengesetzt und versucht, aufgrund der postulierten Axiome - wobei dieser Begriff natürlich sehr weit und flexibel zu nehmen ist - die Sache in Ordnung zu bringen.

kd: Sie haben vorhin gesagt, daß BATESON nicht unbedingt als geistiger Vater der kommunikationstheoretisch orientierten Psychotherapie zu betrachten ist. Wie sieht es da mit Herrn RUESCH aus, der ja auch mit BATESON zusammengearbeitet hat? Jürgen RUESCH scheint da etwas abseits zu stehen.

pw: Darüber weiß ich nichts. Die Assoziation zwischen BATESON und RUESCH hat sich meines Wissens mit dem Buch „Communication: The Social Matrix of Psychiatry“⁵ erschöpft - das war in den frühen 50-iger Jahren. Es gab seither, glaube ich, keine Zusammenarbeit mehr zwischen BATESON und RUESCH.

³ WATZLAWICK, P. et al. (1967): Menschliche Kommunikation. Huber, Bern.

⁴ HALEY, J. (1963): Strategies of Psychotherapy. Grune & Stratton, New York. Dtsch: (1978) Gemeinsamer Nenner Interaktion. Pfeiffer, München.

⁵ RUESCH, J.R. & BATESON, G. (1951): Communication: The Social Matrix of Psychiatry. Norton, New York.

kd: Meine Frage betrifft den Beitrag, der vielleicht auch von Herrn RUESCH kommt.

pw: Wenn Sie sich erinnern, in dem genannten Buch haben die Kapitel Autorennamen - das Buch muß also eine schwere Geburt gewesen sein, denn die beiden waren schon damals nicht theoretisch auf einer Basis und haben sich anscheinend entschlossen, das Buch trotzdem herauszubringen, aber die Kapitel klar dem einen bzw. dem anderen zuzuschreiben.

kd: Welchen Mentoren fühlen Sie sich verpflichtet?

pw: Wie gestern erwähnt, vor allem JACKSON als dem großen Kliniker, BATESON als dem großen Theoretiker und ERICKSON in seiner ganz eigenständigen Weise; er war jemand, der wie ein Findlingsblock im Strom der Psychiatrie unserer Zeit steht und der diese genialen Techniken entwickelt hat.

pg: Ich meine irgendwo gelesen zu haben, daß ERICKSON sich so entwickelt habe, weil er Kinderlähmung hatte und im Erwachsenenalter alles neu lernen und differenziert beobachten mußte. Könnte man sich das so erklären?

pw: Ja, das muß wohl so sein, obwohl ERICKSON sich z.B. auch daran erinnert, daß sein Vater schon recht interessante Aufgaben an ihn stellte: „Was willst Du zuerst, die Schweine oder Hühner füttern?“ - Diese Illusion der Alternativen - es scheint da schon einiges von seiner Jugend her angelegt zu sein. Wie sie schon der Einleitung von HALEY zum ERICKSON-Buch „Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy“⁶ entnehmen können, versuchte ERICKSON in einer geradezu übermenschlichen Weise, die Folgen seiner zweimaligen Erkrankung an Kinderlähmung zu bewältigen. Das müssen Sie dort nachlesen, das ist hochinteressant. Er hat z.B. im Paddelboot eine Reise unternommen; er paddelte flußaufwärts - und wenn er zu einem Wehr kam, hat er das Boot ans Ufer hinaus gezogen, er konnte es nicht selbst über das Wehr tragen und hat sich dann ans Ufer gesetzt und ein Lehrbuch der Medizin gelesen - er war damals Medizinstudent -, bis jemand kam und ihn fragte, was er da tue; er sagte dann, er warte auf jemand, der ihm helfe, das Boot über das Wehr zutragen und hat natürlich sofort Hilfe bekommen. In der Einleitung zu diesem Buch erwähnt HALEY hochinteressante Sachen ERICKSONs.

kd: Haben Sie eine Lehranalyse gemacht? Wenn ja, warum haben Sie sich von der Psychoanalyse abgewandt und an der Entwicklung einer weitergehenden Theorie gearbeitet? Wenn nein, reden Sie dann nicht über die Psychoanalyse wie ein Blinder von der Farbe?

pw: Ja, ich habe die in Zürich vorgeschriebene Lehranalyse von 3 1/2 Jahren gemacht. Ich habe mich von der analytischen Psychologie ab und mehr und mehr dem Zwischenpersönlichen zugewandt, weil ich der Meinung, hin, daß man dort wirksamer arbeiten kann - aus keinem anderen Grund. Ich rede daher nicht über die Psychoanalyse wie ein Blinder von der Farbe; ich habe selbst über 3 Jahre Psychodynamik gelehrt.

kd: In psychiatrischen Kreisen der BRD zählt die Doppelbindungstheorie leider zu den randständigen Theorien, von der therapeutischen Anwendung ganz zu schweigen. Zudem wird

⁶ HALEY, J. (ed) (1967): Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy. Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.. Grune & Stratton, New York.

immer wieder bemängelt, die Doppelbindungstheorie sei empirisch nicht zu fassen: Man könne sie weder zählen noch messen. Läßt sich die Doppelbindungstheorie überhaupt beweisen oder ist sie ein Mythos?

pw: Die Doppelbindungshypothese ist empirisch dann nicht erfaßbar, wenn man die Forschungsmethoden des linear-kausalen Modells anwenden will. Es gibt bis heute keine Methode, symbolische Prozesse quantitativ zu erfassen, ganz einfach, weil die Symbolbedeutung nicht mit Quantität, sondern mit Qualität zu tun hat. Im zirkulären, im kybernetischen Ansatz wird es klar, daß die ehrwürdigen Methoden der Quantifizierung dort ganz einfach versagen, sie finden keine Anwendungsmöglichkeiten mehr. Das hat wahrscheinlich damit zu tun, daß Quantität eben nur ein Aspekt der Qualität ist; das wird immer wieder übersehen. Wir sind alle ausgebildet zu glauben, daß die Quantifizierung das non plus Ultra der wissenschaftlichen Erfassung von Phänomenen ist. Und das trifft eben nicht zu; in der Linguistik und in der Semantik vor allem hat sich das längst ergeben. Die Anstrengungen, die die Semantiker gemacht haben, symbolische Prozesse in irgendeiner Form zu quantifizieren, haben zu enormen Arbeiten, m.E. aber zu sehr geringen Ergebnissen geführt.

kd: Würden Sie meinen, daß die Arbeiten von Spencer BROWN⁷ und VARELA's „Kalkül der Selbstreferenz“⁸ da weiterführen?

pw: Die führen uns zweifellos weiter; das sind nun die Systeme, in denen wirklich die Möglichkeit einer Erfassung dieser Prozesse besteht. Ich verstehe davon viel zu wenig, ich habe leider die Ausbildung nicht - es sind Spezialgebiete der symbolischen Logik, einer ganz neuen Logik, die von Spencer Brown entwickelt wurde. Vor allem VARELA's Arbeiten werden, glaube ich, epochemachend sein für eine neue Epistemologie unseres Gebietes.

pg: Könnte man das Problem nicht folgendermaßen umreißen: Weg von FECHNER'S Motto „Alles messen, was meßbar ist und alles meßbar machen, was man noch nicht messen kann!“, hin zu BATESON's Forderung: „Never measure, only see patterns!“?

pw: Ja, das ist sehr gut formuliert. Ich glaube, wir sind an dem Punkt angelangt, an dem die Quantifizierung die Grenzen ihrer Anwendbarkeit erreicht hat; wir müssen nun nach neuen Methoden Ausschau halten, und da kommen wir unvermeidlich in Gebiete hinein, die infolge ihres fast mystischen Charakters dem Wissenschaftler einfach anrühlich sind. Wenn man VARELA liest - besonders die Schlußsätze zu seinem „Kalkül der Selbstbezüglichkeit“ - so sind das Sachen von fast poetischer Schönheit, in die Elemente einfließen, die man normalerweise als unwissenschaftlich ablehnen muß.

kd: Wodurch unterscheiden sich die pathogene und die therapeutische Doppelbindung?

pw: Der Struktur nach nicht, nur dem Effekt nach. Eine pathogene ist wie das Wort besagt, eine, die Probleme schafft. Die therapeutische Anwendung ist eine Anwendung des Grundsatzes „similias similibus curantur“.

⁷ SPENCER BROWN, G. (1972): Laws of Form. Julian Press, New York.

⁸ VARELA, F. (1975): A Calculus For Self-Reference. Int. J. General Systems, 11: 5-24.

kd: Könnte man sagen, daß die pathogene Doppelbindung eine Illusion zwischen zwei negativen Alternativen darstellt, während die therapeutische Alternativen eröffnet, die positiv zu werten sind?

pw: Sehr richtig, zumindest läßt die therapeutische Doppelbindung keine andere als positive Alternativen zu.

kd: Sehen Sie unterschiedliche Gewichtungen bei der therapeutischen Doppelbindung, wie sie Milton ERICKSON beschreibt⁹ und wie Sie sie darstellen?

pw: Nein.

kd: Wie schätzen Sie die Arbeit der Mailänder Gruppe um Frau SELVINI PALAZZOLI ein?

pw: Ich halte Frau SELVINI für einen der interessantesten Vertreter auf unserem Gebiet. Ich habe sie 1968 in Philadelphia kennengelernt. Als ich 1971 zum zweiten Mal hinkam, bestand das Institut schon in seiner heutigen Form, d.h. aus vier Therapeuten. Sie hatten bereits die Arbeitsweise mit den zwei Kotherapeuten und den zwei Beobachtern entwickelt und waren absolut offen für den Ansatz von BATESON, JACKSON, HALEY usw.. Als ich 1973 zum dritten Mal dort war, hatte ich ihnen nichts mehr zu zeigen. Ich halte die Mailänder Gruppe für diejenige, die am konsequentesten systemtheoretisch denkt. Wir machen da noch viele, viele Stilfehler. Die Sachen zu lesen - z.B. „Paradoxon und Gegenparadoxon“¹⁰ - ist für mich hochinteressant; die haben sich wirklich in der konsequentesten Weise dem systemischen theoretischen Ansatz verpflichtet.

Ich habe kürzlich Videobänder von BOSCOLO und CECCHIN in der Universität von Calgary in Kanada gesehen und bemerkt, daß die nun auch flexibler geworden sind, was die Frage der Kotherapeuten und die Frage betrifft: „Muß man unbedingt alle Familienmitglieder sehen, muß das ganze System da sein?“. Sie scheinen flexibler geworden zu sein. Das war früher einer unserer Hauptunterschiede; sie waren viel puristischer eingestellt als wir. Die Arbeiten der Mailänder Gruppe sind allein schon deswegen interessant, weil Frau SELVINI nicht nur brillant ist, sondern auch wirklich die Literatur kennt, und weil sie zeigen kann, warum sie das tut, was sie tut. Das können nur wenige. Es gibt eine Reihe von brillanten Therapeuten, bei denen die Sache sehr im Argen liegt, wenn sie zu erklären beginnen.

kd: Wenn ich mich recht erinnere, haben Sie Mitte der 70-iger Jahre in einem Aufsatz geschrieben, mit systemorientierter Psychotherapie sei in der Privatpraxis kein finanzielles Überleben möglich. Wie kommen Sie zu dieser Ansicht?

pw: Ich kann mich nicht erinnern Mitte der 70iger Jahre einen Aufsatz geschrieben zu haben, der sich auf die Privatpraxis bezieht ...

kd: ... das war nicht das zentrale Thema, es war nur eine Randbemerkung; ich glaube es war der Aufsatz, den Sie 1974 mit Herrn WEAKLAND zusammen geschrieben haben über Ihre Techniken ...

⁹ vgl. z.B. ERICKSON, M.H. et al. (1978): Hypnose (S. 82 ff). München: Pfeiffer.

¹⁰ SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett-Cotta, Stuttgart.
vgl. auch das Interview „Das Mailänder Modell“, Kapitel * pathos *.

pw: ... ach ja, das war der WEAKLAND-Artikel „Focused Problem Resolution“¹¹ - da müssen Sie WEAKLAND fragen. - Damit ist folgendes gemeint: Man hat eben nicht mehr diesen Grundstock von Patienten, die man über vier Jahre dreimal pro Woche sieht. Man sieht die Leute kurz und hat daher keine voll gefüllte Praxis; das ergibt sich zwangsläufig aus der Tatsache, daß die Zahl der Sitzungen sehr gering ist.

kd: Frau SELVINI hat in diesem Zusammenhang gesagt, daß sie über 200.000 DM Schulden hat - um das Institut zu finanzieren und die ganze Sache aufzubauen. Meinen Sie, daß der systemische Ansatz von den Therapeuten große Opferleistungen finanzieller Art verlangt?

pw: Ich würde das etwas positiver formulieren und sagen, daß der kurztherapeutische Ansatz zweifellos ein finanziell vertretbarer ist, da dem Einzelnen oder der Gesellschaft viel geringere Kosten erwachsen als durch die Langzeitbehandlungen; wobei ich übrigens feststellen möchte, daß Kurztherapie, so wie wir sie sehen, nicht das bedeutet, was sie in der Literatur heute meist noch bedeutet, nämlich eine verwässerte, vereinfachte Anwendung einer schon bestehenden und komplexen Theorie. Meist hat der Begriff Kurztherapie in der Literatur noch diese Bedeutung - ein „Notstandsverfahren“, eine Intervention, die notdürftig die Sache flicken soll, bis „wirkliche“ Therapie möglich wird. Wir sehen in der Kurztherapie eine Behandlungsmethode sui generis und nicht ein „vorläufiges Vorgehen“.

kd: Haben Sie eine Vorstellung oder Vision der Psychotherapie in Zukunft?

pw: Wie ich gestern erwähnte, sehe ich zwei Entwicklungen, die parallel laufen und miteinander abgestimmt sein werden:

1. Die Asymmetrietheorie des Gehirns wird uns bessere und experimentell nachweisbare Grundlagen für die Formulierung und für ein besseres Verständnis psychotischer Prozesse liefern. Ich glaube, Halluzinationen, Depersonalisationen usw. und das Gebiet der Primärprozesse läßt sich durch diese Theorie besser erklären als vielleicht im horizontal geschichteten FREUD'schen Modell.
2. Die zweite Änderung in der Psychotherapie wird damit zusammenhängen, daß die Therapeuten aktiver werden. Ich glaube, das von FOERSTER'sche Prinzip „Wenn Du sehen willst, lerne zu handeln!“ wirklich mehr und mehr akzeptiert werden wird. Wir werden die Leute dazu bringen, sich anders zu verhalten und aus diesem anderen Verhalten heraus wird sich dann das Äquivalent von „Einsicht“ sekundär einstellen.

kd: Sie haben gestern berichtet, daß Sie in Ihrem Team keine Diagnose mehr im klassischen Sinne stellen. Ich finde das sehr gut, das kommt meinem Denken auch sehr entgegen. Stimmen Sie der These zu, daß die klassischen Diagnosekategorien verhindern, daß man systemisch denkt?

pw: Absolut, ja. Im Moment, indem man sagt, dieses Kind „hat eine Angstneurose“ oder dieses Kind „ist schizophren“, wird durch die Sprache impliziert, daß hier eine Monade besteht und innerhalb dieser Monade sich ein Konflikt befindet. Diese Formulierungen allein - unschuldig wie sie klingen - ziehen unweigerlich und ganz außerbewußt eine Epistemologie mit sich, die sich lähmend auf die Möglichkeiten der Intervention auswirkt.

¹¹ WEAKLAND, J.H. et al. (1974): Brief Therapy: Focused Problem Resolution. In: Family Process 13: 141-168.

kd: Damit ergibt sich noch ein anderes Problem - nämlich das der Finanzierung der Therapie und die damit verbundenen kassen- bzw. versicherungsrechtlichen Voraussetzungen: Die Therapeuten sind ja gezwungen, mit klassischen Diagnosekategorien zu operieren, da die Diagnose im herkömmlichen Sinn die Voraussetzung für die kassenrechtliche Abrechnung darstellt. Meinen Sie nicht, daß die versicherungsrechtlichen Bedingungen verhindern, daß sich das systemische Modell schneller durchsetzt?

pw: Ja, die rechtlichen Grundlagen und die Praxis der Versicherungsgesellschaften, die immer noch individuelle Diagnosen verlangen, haben einen Einfluß auf die Zähigkeit, mit der sich dieser Wandel vollzieht. Aber ich glaube, wer einigermaßen flexibel ist, wird es doch fertigbringen, eben in Gottesnamen in der betreffenden Spalte eine Diagnose einzutragen und sich gleichzeitig von diesem Denken freizuhalten.

pg: Es gibt aber auch Schwierigkeiten, wenn man mit Kollegen in Institutionen zusammenarbeitet ...

pw: ... da ist es natürlich besonders schwierig; das ganze System ist ja noch monadisch orientiert und der Einzelne hat dort große Schwierigkeiten mit dieser Grundeinstellung. Ich rede in der Hinsicht ja aus einem elfenbeinernen Turm, ich sitze im MRI, wo meine Kollegen und ich keine Schwierigkeiten haben, so zu denken; wir brauchen bei unseren Forschungen keine Versicherungsformulare auszufüllen - in der Hinsicht geht's uns wunderbar im Vergleich zu dem, der in der Praxis steht und sich mit diesen Dingen herumzuschlagen hat.

kd: Welche Pläne haben Sie in den nächsten Jahren?

pw: Wir sind daran interessiert, den kurztherapeutischen Ansatz weiterzuentwickeln. Ich persönlich arbeite jetzt an einem Sammelband, dessen Name „Die erfundene Wirklichkeit“¹² sein soll, wo in zehn Beiträgen gezeigt werden soll (was Kant schon längst formuliert hat), daß wissenschaftliche, gesellschaftliche und individuelle Wirklichkeiten dadurch erfunden werden, daß man notwendigerweise von gewissen Grundvoraussetzungen ausgeht. Diese Grundvoraussetzungen erschaffen dann eine ganz bestimmte Wirklichkeit, in der sich scheinbar folgerichtig gewisse Dinge als wahr und andere als falsch erweisen. In dem Buch sollen namhafte Leute - ein Philosoph, ein Mathematiker, ein Anglist, ein Psychiater, ein Psychologe, ein Konfliktforscher - von ihrem jeweiligen Fachgebiet her die Phänomene des sogenannten Konstruktivismus beleuchten. Ich selbst werde zwei Beiträge schreiben. Einer heißt „Bausteine ideologischer Wirklichkeiten“, der andere handelt von „Selbsterfüllenden Prophezeiungen“.

kd. Welche sozialpolitische Funktion messen Sie der Psychotherapie zu?

pw: Auf der ganzen Welt wächst meines Wissens die Notwendigkeit rascher zielgerichteter Hilfe für seelische und geistige Probleme. Jede Behandlungsform, die daher kürzer und wirksamer ist, ist m. E. sozialpolitisch nicht nur vertretbar, sondern überaus erwünscht. In dieser Hinsicht werden wir auf jeden Fall in Richtung der Kurztherapien gehen müssen. Es gibt nun einmal zu viele Menschen, die Hilfe brauchen und die mit den bestehenden Behandlungsformen nicht behandelt werden können - einfach weil die Zeit und die ausgebildeten Therapeuten fehlen.

¹² inzwischen erschienen: WATZLAWICK, P. (ed) (1981): Die erfundene Wirklichkeit. Piper, München.

pg: Haben Sie eine Erklärung dafür, warum - wie Sie sagen - der Bedarf an Hilfe im psychosozialen Bereich, im psychiatrischen oder psychologischen Bereich steigt?

pw: Ich glaube, weil die alten Weltbilder, die sehr vielen Menschen Halt geben, heute weniger und weniger bedeuten - die Religion z.B.. Wenn man religiös engagiert ist, wenn man glaubt, so hat man zweifellos einen Rückhalt, den der moderne, weitgehend auf sich selbst geworfene Mensch heute nicht mehr hat. Ich habe da eine Spekulation; ich sehe sehr merkwürdige Parallelen zwischen dem, was über die Ankunft des ersten Millenniums bekannt ist und dem, was sich in unseren Tagen ereignet, wo das zweite Millennium bevorsteht. Auch damals waren gewisse soziale Umwälzungen, die den heutigen sehr ähnlich sind, gang und gäbe: Der Zusammenbruch der Leitbilder, die sehr starken, fast militanten religiösen, in gewissem Sinne metaphysischen Bewegungen, eine Unruhe, eine Suche nach neuen Formen und Erfüllungen, die ganzen Kultbewegungen. Das alles und die Suche nach neuen Leitlinien, wenn sie wollen, die aus dem Zusammenbruch der Gültigkeit der alten hervorgehen.

kd: Wenn, Sie sagen „Auf jeden Fall ist Kurztherapie gesellschaftlich verantwortungsvoller als sehr zeit- und finanzaufwendige Therapieverfahren“, könnte man Ihnen da nicht zum Vorwurf machen: „Gut, bilden wir Kurztherapeuten aus; das werden dann Handwerker, denen es an Weisheit, Weltblick und Kunstfertigkeit fehlt!“.

pw: Nein, am Ende des Buches „Die Möglichkeit des Andersseins“¹³ erwähne ich den Witz: „Klavierspielen gibt es nicht; ich habe es selbst dreimal versucht und es ist nichts dabei herausgekommen“. - Das ist ungefähr die Antwort, die ich Ihnen geben muß. Die Tatsache, daß der Ansatz elegant ist, zeitsparend und verblüffend; gerade die Tatsache setzt voraus, daß man ihn gründlich erlernt hat. Wenn Sie z.B. Carl WHITACKER sehen, wie ich ihn kürzlich auf Videobändern gesehen habe - das Verblüffendste ist, daß dieser Mann mit einer fast spielerischen Eleganz diese Sachen macht, als ob das das einfachste auf der Welt wäre. Ja, das ist ein Mann, der sein ganzes Leben in dieses Können investiert hat, der ist ein Könnler geworden. Also die Annahme, daß die Einfachheit, die Eleganz und die scheinbare Leichtigkeit besagen soll, daß jedermann das rasch lernen kann, ist natürlich Unsinn; das ist ein oberflächlicher Eindruck, den man zweifellos nicht bekommen sollte.

pg: Also könnte man fast sagen: „Je kürzer die Therapie, desto länger die Ausbildung...“.

pw: Es gibt diese berühmte Geschichte von dem chinesischen Kaiser, der einen Künstler beauftragt, seinen Lieblingshahn zu malen. Der Künstler nimmt den Auftrag an und läßt nichts mehr von sich hören. Nach einigen Monaten geht der Kaiser zu dem Mann und sagt: „Ich habe dich beauftragt meinen Lieblingshahn zu malen. Was ist daraus geworden?“. Der Künstler geht hin und zieht Schublade um Schublade auf und darin sind nur Zeichnungen des Hahns. Der Kaiser sagt: „Warum hast du mir nicht eine der Zeichnungen geschickt?“. Der Künstler sagt: „Augenblick Majestät.“. Er nimmt ein Stück Papier, macht zehn rasche Tuschestriche mit dem Tuschestrich und dabei entsteht ein perfektes Bild, ein wunderbares Bild des Hahns. Der Kaiser sagt: „Wieso hast du so lange gewartet?“. Der Künstler antwortet: „Um dieses Bild so malen zu können, wie ich es eben gemalt habe, dazu mußte ich Tausende von Blättern zuerst malen.“. Das ist so ungefähr meine Antwort.

¹³ WATZLAWICK, P. (1977): Die Möglichkeit des Andersseins. Huber, Bern.

* öko *

kd: Wir möchten uns für dieses Interview bei Ihnen bedanken.

SATIRE - Das Urei^{1 2} oder

von der Suche nach der psychotherapeutischen Weltformel³

Klaus G. Deissler

Unterwegs wurde er primär therapiert, sekundär analysiert, tertiär integriert und gut gestaltet, empathisch verbalisiert, psychisch dramatisiert, bioenergetisch entladen, transaktional O.K.-troyiert, neurolinguistisch umprogrammiert, autogen entspannt, sensitiv trainiert, systematisch desensibilisiert, hypnotherapeutisch in den Wind geschickt, kognitiv umstrukturiert, sexualtherapeutisch hochgebracht, paartherapeutisch befriedigt und familientherapeutisch versöhnt - am Ende war er also bis in die letzte Ritze seines gequälten Gemüts selbsterfahren.

Glücklicherweise warf aber ein kritischer Geist ein: Du krankst daran, daß Du von allem etwas gemacht hast, aber nichts richtig!“ Durch diesen Hinweis angestoßen, gelang es ihm nach mörderischen Ego-Trip, doch noch geistig entzündet und erleuchtet zu werden (seitdem erkennt man ihn in der Öffentlichkeit leicht: Stichwort „Glühbirne“).

Wie man sich denken kann, hatte er sein Ziel längst aus den Augen verloren. Deshalb freute er sich umso mehr, als er unabsichtlich, jedoch sehr gelungen, auf das Urei stieß, von dem inzwischen bekannt ist, daß er es selbst versteckt hatte.

In seiner unbändigen Freude über diesen raren Fund geschah, was nicht zu vermeiden war: Er schrie die Formel hinaus in die Welt der staunenden Kollegen und verwunderten Laien und stellte sie zur Diskussionsverfügung. Psychotherapie heiße, so formulierte er scharfsinnig, durch

weniger als nichts tun
effizient arbeiten.

Erläuternd fügte er mit kondensiertem Gestus hinzu:

¹ Original in: KONTEXT 1980, 2: 122-123.

² Die Frage nach dem Ursprung des Ureis führt direkt zur Beziehung Urhenne-Urhahn. Sie ist daher irrelevant, da divergent.

³ E. i. & Co, Lumb U.S.: Pat. Nr. 007.

Das sei

paradox –
nicht falsch,
obwohl verwirrend,
richtig!

Dies sei nicht vereinbar mit den anal-ethischen psychotherapeutischen Grundanforderungen

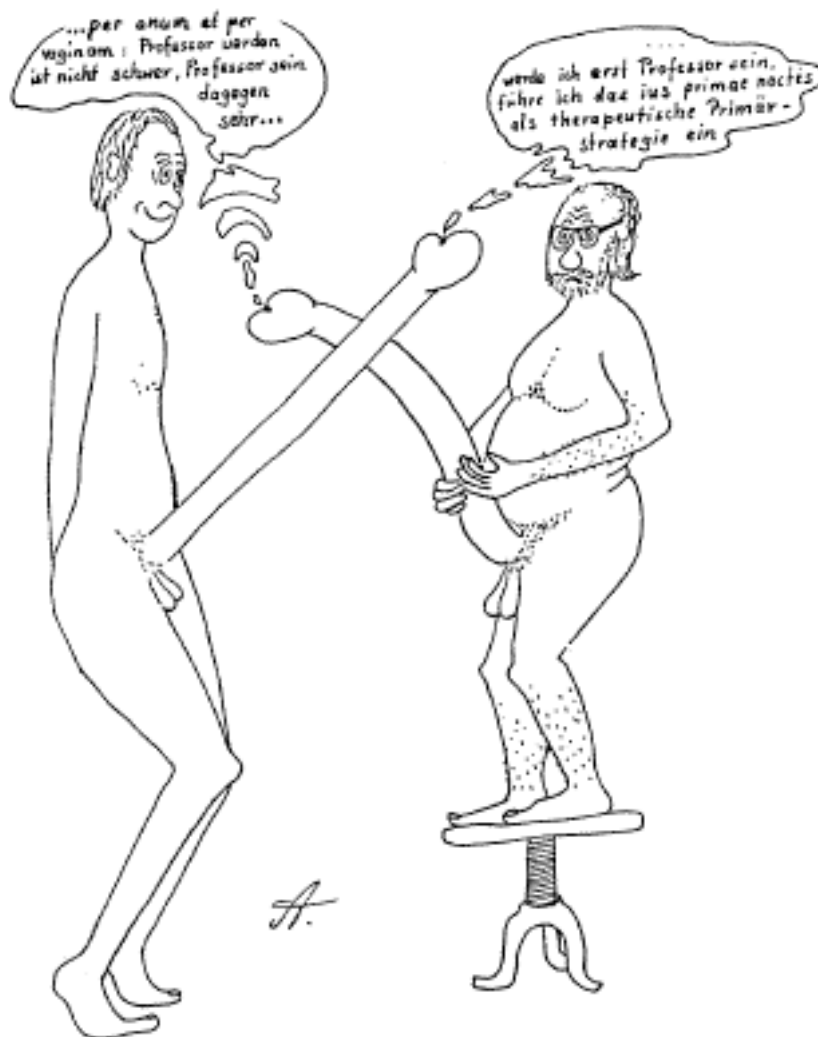
Körperliche Zucht,
normengerechtes Verhalten
geradlinige Vernunft:
- je mehr, desto besser!

Deshalb warnte er alle angehenden Psychotherapeuten und solche, die es einmal werden wollten, vor nämlichem Basalkonglomerat, dem eine himmelschreiende Heilserwartung zugrunde liege; denn diese Sehnsucht nach Erlösung stelle die Öse dar, in der sich Hacken gewöhnlich wohlwollender Helfer aber auch die der Jäger, Fallensteller und Zauberer verfangen. Sobald dies geschehen sei, müßten die Schüler das Fürchten lernen, behauptete er.
Im Therapieprozeß sei unabhängig von all dem

Einsicht gewöhnlich,
Veränderung außergewöhnlich,
Wandel anspruchsvoll,
Weisheit verschwiegen.

Ps.: Letzte Meldung: er trägt wieder Symptom;
Diagnose: geschwollenes Ego.

III. JENSEITS



Übertragung und Gegenübertragung phallotherapeutischer Sekrete

Vorbemerkungen

Kapitel III, * **jenseits** *, enthält 4 Beiträge: Eine Karikatur, einen Essay, ein Interview und eine Satire.

Fast jeder moderne Familien- oder Hypnotherapeut hat sich eine Zeitlang mit „paradoxen Interventionen“ beschäftigt. Egal durch welche therapeutische Autorität - FRANKL, ERICKSON, HALEY, WATZLAWICK oder SELVINI - vermittelt er zu dieser Art der therapeutischen Intervention stieß: Das, was man paradoxe Interventionen nannte, übten eine erhebliche Faszination auf die therapeutischen Normalverbraucher aus. Woran lag das?

Insbesondere das Außergewöhnliche, die Brillanz dieser Interventionen, die Eleganz der jeweiligen Begründungen und schließlich vor allem die Effizienz dieser Methoden bei gleichzeitiger Kürze der Behandlungsdauer ließen so manchen Therapeuten sichere Einkommenspfade verlassen und dem Beispiel der großen Lehrmeister folgen. Diese Nachzügler oder Adepten - wie man sie auch immer nennen mag - haben versucht, die Geheimnisse, die sich hinter diesen Interventionsarten zu verbergen scheinen, zu lüften und nachvollziehbare Begründungsmodelle zu entwickeln.

Doch siehe da - was passierte? Fast gleichzeitig mit der Herausgabe von WEEKS Buch „Paradoxical Psychotherapy“¹, wandten sich die Väter der paradoxen Interventionen plötzlich von dieser Begrifflichkeit ab. Woran liegt das wiederum?

Insbesondere die Palo Alto Schule hatte im Anschluß an BATESON versucht, paradoxe Interventionen mit Hilfe der „logischen Typenlehre“ zu begründen: Dabei wurde - vereinfacht ausgedrückt -, die Wirkung paradoxer Interventionen dadurch begründet, daß Inhalts- und Beziehungsaspekt einander widersprachen und die Wirkung der Intervention insbesondere durch den Beziehungsaspekt hervorgerufen wurde. Dabei spielte z.B. die „therapeutische Doppelbindung“ eine wichtige Rolle (vgl. v.a. ^{2, 3}). Inzwischen wird jedoch das Begründungsmodell, auf dem die Doppelbindungstheorie beruht, so stark angegriffen (vgl. die Auseinandersetzung um den Begriff „Paradoxie“ in Family Process 1981⁴), daß selbst die versiertesten Kenner „paradoxer“ Begründungsmodelle Schwierigkeiten haben, sich zur Paradoxie zu bekennen.

Gerade in dieser Phase der Entwicklung fragte mich Gerald WEEKS, ob ich bereit sei, für sein neues Buch „Promoting Change through Paradoxical Therapy“ einen Beitrag zu schreiben. Dieser Beitrag ist unter dem Titel „Jenseits von Paradox und Gegenparadox“ in diesem Kapitel abgedruckt. Er versucht, „jenseits“ des herkömmlichen Denkmodells ein neues Therapiemodell zu entwickeln - nämlich die „systemische Utilisierungstechnik“.

Das Interview mit BOSZORMENYI-NAGY gibt einen kurzen Einblick in die Denkweise eines Familientherapeuten, der sich nie mit „paradoxen Interventionen“ angefreundet hat. Dieses Interview zeigt aber auch, daß man mit gänzlich anderen Begründungen zu solchen Interventionen kommen kann, die paradox erscheinen.

¹ WEEKS, G.R. & L'ABATE, L. (1982): Paradoxical Psychotherapy: Theory and Practice with Individuals, Couples and Families. Brunner & Mazel, New York.

² WATZLAWICK, P. (1967): Menschliche Kommunikation. Huber, Bern.

³ ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1975): Varieties of Double Bind. American Journal of Clinical Hypnosis 17: 143-157.

⁴ DELL, P. et al. (1981): Irreverent Thoughts On Paradox. Comments on DELL's paper. Family Process 1981, 20: 37-51.

JENSEITS

VON

PARADOX UND GEGENPARADOX ¹

Klaus G. Deissler

In diesem Mitgehen mit dem Wind oder der Strömung plus der Intelligenz des Menschen besteht die ganze Segelkunst - wie man es macht, daß der Wind die Segel bläht, während man nach einer entgegengesetzten Richtung wendet.

Alan Watts

Vorwort

Über Paradoxien wurde viel nachgedacht, geschrieben und schließlich wurde sogar eine gesamte Therapierichtung danach benannt. Für meinen Geschmack wurde inzwischen soviel über therapeutische Paradoxien berichtet, daß ich langsam den Eindruck gewinne, es mit einem „abgeknabberten alten Knochen“ zu tun zu haben, über dessen Zustand es nicht mehr viel Neues zu berichten gibt. Die wichtigsten Artikel bzw. Bücher wurden bereits geschrieben (für umfassende bibliographische Angaben vgl. WEEKS, G.R. & L'ABATE, L. (1982)). Die Frage lautet also: Was gibt es noch zu ergänzen?

¹ Original unter dem Titel:

Beyond Paradox and Counterparadox. In: WEEKS, G.F. (1984): Promoting Change Through Paradoxical Therapy. Dow Jones-Irvin, Homewood.

1. Historische Einflüsse

A. Personen, die mein Denken direkt beeinflusst haben

Wenn ich behaupte, Paradoxe Kommunikation sei ein Alltagsphänomen (vgl. SLUZKI, C. & RANSOM, D.D. (1976)), so besagt dies für sich genommen genauso wenig oder viel, wie die Aussage Milton ERICKSONs Trance sei ein Alltagsphänomen. Erst die nähere Bestimmung solcher Aussagen, macht es möglich, Rückschlüsse auf deren Nützlichkeit zu ziehen (zu Trance als Alltagsphänomen vgl. z.B. ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1979)).

Das erstmal wurde ich mit Paradoxien durch meinen Großvater mütterlicherseits konfrontiert. Er war als liebenswerter Mann in unserer Familie angesehen, konnte aber auch geheimnisvolle Handlungen vollziehen, die z.B. Schmerzfreiheit bei Verbrennungen erzeugten. Dieser Großvater war es auch, der mir und meinen Schwestern z.B. 1,00 DM anbot, wenn wir Schluckauf hatten und willentlich mindestens noch 10 Wiederholungen zustandebrachten. Meistens waren unsere Bemühungen jedoch umsonst.

Bei anderen Gelegenheiten gab er uns „Rätsel“ auf: Er fragte z.B. „Was ist das? Es hängt an der Wand, macht tick-tack, und wenn es runterfällt, ist die Uhr kaputt.“. Die Antwort auf dieses Rätsel ist überdeutlich impliziert: Es ist eine Uhr. Was mir jedoch als Kind entging, war, daß mein Großvater durch dieses Rätsel eine fragende Haltung bzw. eine sanfte Verwirrung erzeugte. Die Antwort auf das Rätsel ist so offensichtlich, daß derjenige, der dieses Rätsel zu lösen sucht, sich unbewußt fragen muß, „Was soll dieses dumme Rätsel?“ oder „Was will dieser Mensch, wenn er eine solche Frage stellt?“. Der Trick bei dieser Sache liegt jedoch gerade darin, eine neugierige oder suchende Haltung zu evozieren. Die anschließende Suggestion, die mein Großvater dann folgen ließ - er sagte z.B. „So, jetzt kannst Du Dich fertig machen und ins Bett gehen!“ oder „Komm, iß Deinen Teller leer, wir wollen gleich in die Stadt gehen.“ - ist mir als Kind natürlich entgangen. Aber es kommt noch schlimmer:

Die einflußreichste Paradoxie, mit der er mich konfrontierte, war, daß er mich neugierig machte auf all die geheimnisvollen Dinge, die er vollbringen konnte. Als ich ihn später als Jugendlicher bat, mir zu erklären, wie er z.B. die Schmerzfreiheit bei Verbrennungen herbeiführte, verweigerte er mir eine Antwort. Für mich hatte das eine ungeheure Wirkung: Ich wurde noch neugieriger und in meiner Enttäuschung entschloß ich mich, selbst die Antworten zu finden.

Auf jeden Fall war es mein Großvater, der mein Interesse für indirekte interpersonale Beeinflussung weckte und der mir mehr oder weniger direkt nahelegte, mich mit Psychologie und später indirekter Suggestion auseinanderzusetzen. Ein Aha-Erlebnis hatte ich, als ich 1976 HALEYs Buch über ERICKSON las (vgl. HALEY, J., 1973).

B. Arbeiten, die mein Denken beeinflussen

Die Geschichten mit meinem Großvater hatte ich lange Zeit vergessen. Nachdem ich jedoch mein Studium der Psychologie, das mich mehr oder weniger gelangweilt hat, 1974 abgeschlossen habe, merkte ich, daß ich mit dem, was ich bis dahin gelernt hatte, unzufrieden war.

Gegen Ende meines Studiums hatte ich noch einen älteren Arzt kennengelernt, bei dem ich das „autogene Training“ erlernte (vgl. SCHULTZ, I.H. (1966)) und THOMAS, K.T. (1972)). Dieser Arzt beherrschte angeblich auch andere hypnotherapeutische Verfahren, er war jedoch nicht bereit, mich in diese Verfahren einzuführen, da er es Ärzten vorbehalten wollte.

Meine weiteren Bemühungen, im deutschen Sprachraum hypnotherapeutische Verfahren kennenzulernen, waren eher abstoßend für mich: Die Verfahren waren autoritär, von einer

„weißen Kittel-Mentalität“ geprägt und stark ritualisiert. Was ich vermißte, waren indirekte, flexiblere Verfahren, die sich durch Kunstfertigkeit auszeichneten.

Kurz vor Beendigung meines Studiums las ich WATZLAWICK's Klassiker „Menschliche Kommunikation“. Dieses Buch wurde für mich zum Ausgangspunkt intensiver Studien, die insbesondere in 2 Richtungen gingen:

1. Praxis der Psychotherapie: Wirkungsmuster, die in der therapeutischen Kommunikation zirkulieren;
2. Theorie menschlicher Systeme: übergeordnete Zusammenhänge oder Prozeßmuster, die das Analyseinstrumentarium für therapeutische Prozesse darstellen können.

Einem weiteren Rätsel - vielleicht sollte ich besser sagen „koan“ - begegnete ich, als ich mich nach den pathogenen auch mit den konstruktiven bzw. kreativen Doppelbindungen auseinandersetzte (vgl. z.B. HALEY, J. (1963), BATESON, G. (1969), BERGER, M.M (ed., 1978) und ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1975)).

Dieser „koan“ beschäftigte mich bis ca. 1979, das Jahr, in dem ich sowohl Mara SELVINI kennenlernte als auch Gregory BATESON. In meiner therapeutischen Arbeit entwickelte ich mich so zum systemischen Familientherapeuten; gleichzeitig ist meine Arbeit seit 1976 der ERICKSON'schen Hypnotherapie verpflichtet. Das vorläufige Ende meiner therapeutischen Entwicklung bestand also darin, die praktische Genialität ERICKSONs mit der theoretischen BATESONs zu verbinden - vielleicht könnte man das Ergebnis „kontextuelle Psychotherapie“ nennen?

2. Paradoxe Therapie –

eine prägnante Bezeichnung für selbstreflexive therapeutische Konfusion?

A. Die Doppelbindungstheorie

Die Doppelbindungstheorie war ursprünglich von BATESON, G. et al. (1956)), als eine Theorie konzipiert, die den Begriff der Schizophrenie von seinen biologischen und intrapsychischen Implikationen befreien und darüber hinaus ein Erklärungsmodell für „schizophrenes Verhalten“ geben sollte, das mehr im sozialen Bereich verankert war. Ob sie diese Funktion erfüllt hat oder nicht, mag dahingestellt sein. Sie erwies sich jedoch im psychotherapeutischen Bereich als „Verzweigungskriterium“ bzw. „Scheideweg“ für „therapeutische Geister“. Es gab Therapeuten, die sich mit der Doppelbindungstheorie auseinandersetzten, sie jedoch nie bewältigen konnten und ihrer alten mechanistischen Erkenntnistheorie treu blieben. Andere haben diese Theorie hinter sich gelassen und sich systemischen und kybernetischen Denk- und Handlungsmodellen zugewandt (vgl. dazu auch BATESON, G. (1969)). Die derzeit einflußreichste Weiterentwicklung und Umsetzung v.a. der Ideen BATESONs wurde in Mailand geleistet (vgl. z.B. SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1978)).

Bleiben wir jedoch zunächst bei der Doppelbindungstheorie. Insbesondere WATZLAWICK, P. et al. (1967) und ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1975) haben die Doppelbindungstheorie explizit für therapeutische Zwecke genutzt, indem sie für ihre Klienten Situationen konstruierten, die ihnen aus dem Bereich negativer Alternativen heraushalfen und sie in die Position versetzten, nicht verlieren zu können. Man braucht nicht weiter zu betonen, daß die Konstruktion solcher Doppelbindungen Übung, Geschick und die genaue Kenntnis der Problemlage

der Klienten verlangt. Wenn es also einem Therapeuten gelingt, ein Paar, das über 20 Jahre nicht in Urlaub gefahren ist, die Alternative akzeptabel zu machen, im nächsten Urlaub, entweder nach Spanien oder in die Alpen zu fahren, dann ist dies eine klassische Form der Doppelbindung - auch wenn das Paar schließlich nach Italien fährt.

B. Kritik der Doppelbindungstheorie: „Paradoxie“

Auseinandersetzungen um Begriffe, Konzepte und Theorien innerhalb der Psychotherapie erinnern mich häufig an Haarspaltereien oder an „Krieg mit Worten“ (vgl. SHANDS, H.C. (1971)). Ein Beispiel für einen solchen „Krieg mit Worten“ war für mich die Auseinandersetzung um die Aufsätze von DELL, P.F. (1982) und KEENEY, B.P. (1982) in der Zeitschrift „Family Process“. Hier wird aus dem Bemühen, konzeptuelle Klärungen herbeizuführen, die Konfusion größer, als sie vorher war. (Im Grunde genommen sind solche Aufsätze selbst Beziehungsangebote bzw. Beziehungsdefinitionen. Vielleicht sind doch noch ein paar klare, Sicherheit vermittelnde Äußerungen übriggeblieben, die von einigen Lesern als Suggestionen aufgegriffen werden? (vgl. ERICKSON, M.H. (1964)).

Eingedenk dieser Vorüberlegungen sollten die folgenden Ausführungen auch nicht zu eng gesehen oder ernst genommen werden.

1. Die Notwendigkeit zu unterscheiden. Wenn sich menschliche Wesen nicht gerade im Zustand der Meditation, Trance oder Konfusion befinden, sind sie darauf angewiesen, Unterscheidungen zu treffen, um sich in ihrer Welt zurechtzufinden. Zu den wichtigsten Unterscheidungen gehören „Figur und Grund“, „Text und Kontext“ sowie „Element und Klasse“. Man kann diese Unterscheidungen verwirren oder neu ordnen, z.B. „Figur und Klasse“, „Text und Grund“ sowie „Element und Kontext“. Solche Neuordnungen erweisen sich manchmal als sinnvoll, ändern jedoch nichts an der grundsätzlichen Notwendigkeit, Unterscheidungen zu treffen. Wie aus den obigen Beispielen implizit hervorgeht, besteht eine der wichtigsten Möglichkeiten, Unterscheidungen zu treffen darin, Einheiten zu definieren, die Bestandteile anderer, übergeordneter Einheiten sind. Natürlich lassen sich Paradoxien dann definieren als der Fall, in dem eine Einheit Element ihrer selbst ist. BATESON hat diesen Gedanken in verschiedenen Zusammenhängen im Anschluß an WHITEHEAD & RUSSELL formuliert (vgl. z.B. BATESON, G. (1972)). Wenn man in diesem Zusammenhang verbietet, daß ein Element Bestandteil seiner selbst sein darf, so hat man sich kreativer Lösungsmöglichkeiten beraubt. Bedauerlicherweise legt die „Logische Typenlehre“ dieses Verbot nahe, und die meisten Denker, die sich mit Paradoxien beschäftigt haben, haben dieses Verbot unkritisch übernommen. Andererseits ist es jedoch genauso töricht, das Verbot, Element und übergeordnete Einheit zu konfundieren durch ein neues zu ersetzen, nämlich durch das Verbot, verschiedene Kontextebenen bzw. –weiten zu unterscheiden. Wer dies tut, beraubt sich der neu gewonnenen Freiheit, indem er das alte Verbot durch ein neues ersetzt.

2. Die Notwendigkeit, die „Zeit“ zu berücksichtigen. Ich beschränke mich hier darauf, festzustellen, daß das Problem der „sich-selbst-beinhaltenden Einheit“ teilweise durch den Faktor Zeit gelöst werden kann. Flinke Denker könnten wie folgt argumentieren: Die klassische Form der Paradoxie impliziert 2 Präsuppositionen:

1. Es gibt eine Unterscheidung zwischen Klasse und Element; und
2. eine definierte Ordnungskategorie kann gleichzeitig Klasse und Element seiner selbst sein.

Die zweite Präsupposition beruht also auf der Annahme der Simultaneität. Führt man nun den Faktor Zeit in diese Betrachtung ein, kann man Verwirrung bzw. Paradoxie vermeiden, indem man die Simultaneität vermeidet: Zunächst kann eine Einheit betrachtet werden als Klasse, die eine Reihe von Elementen beinhaltet. Danach kann die Klasse selbst wiederum als Element einer umfassenderen Klasse angesehen werden. Also kann die definierte Einheit Klasse und Element sein - in Abhängigkeit von der Ordnungskategorie, die man sukzessive wählt. Wenn man nun zwischen den beiden Funktionen dieser definierten Einheit oszillieren würde (erst Klasse, dann Element), könnte man postulieren, daß diese definierte Einheit, die Klasse sei, die sich selbst als Element beinhalte oder das Element sei, das sich selbst als Klasse beinhalte. Dieser einfache, aber ermüdende Trick wird oft benutzt, wenn die Linearität der Sprache angewandt wird, um Handlungsmuster zu beschreiben, die rekursiv sind. In diesem Fall wird die linearkausale wenn-dann-Kette der Logik gebunden oder gleichgesetzt mit der linear-sukzessiven zunächst-danach-Kette der Zeit. Wenn wir jedoch in dieser Weise vorgehen, berauben wir uns jedoch dessen, was innerhalb der Kybernetik durch den Begriff Rückwirkung (= koppelung), der soviel wie rekursive Prozesse bedeutet, vorgeschlagen wurde („re“ ist eine lateinische Vorsilbe, die soviel bedeutet wie „zurück“).

Ein besseres Verständnis des menschlichen „Selbst“ (Selbstverständnis) gewinnt man also durch Rekursivität. Das Selbstverständnis impliziert natürlich Rekursivität: Das, was ich tue, wirkt auf mich selbst zurück.

Die Berücksichtigung der Zeit kann also bei der Vermeidung von Konfusion hilfreich sein, indem man zwischen den zwei Funktionen einer definierten Einheit - nämlich Klasse und Element - oszilliert. Dieser Oszillationsprozeß ist jedoch ziemlich anstrengend und zeitraubend. Darüber hinaus ist der Begriff, der Einheit, die sich selbst einschließt, ziemlich festgefügt und statisch. Deshalb ist es notwendig, fließende Muster, Prozesse, die sich selbst durch Rekursivität beeinflussen, zu postulieren.

3. Die Notwendigkeit, Selbstbezüglichkeit, Rekursivität bzw. Autonomie zu berücksichtigen. Lebewesen zeichnen sich durch etwas aus, das man mit verschiedenen Begriffen bezeichnet hat: Selbstrückbezüglichkeit, Selbststeuerung, Selbstorganisation ... kurz: Autonomie. Maturana und Varela haben sich intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt (vgl. z.B. Maturana, H.R., ed. (1982)). Varela, F. (1975) hat aufbauend auf Spencer-Brown's Indikationslogik den „Kalkül der Selbstreferenz“ entwickelt. Dabei hat er der Notwendigkeit der Berücksichtigung des ‚Unterschieds‘ die der ‚Rekursivität‘ hinzugefügt.

Für Überlegungen im therapeutischen Rahmen stellt sich die Frage, was Rekursivität für Lebewesen bedeutet. Grundsätzlich lassen sich 2 Möglichkeiten der Rekursivität unterscheiden:

- a. Geplante Handlungen können unabhängig von den jeweiligen kontextuellen Rückwirkungen bis zu Ende durchgeführt werden. Lebewesen, die auf diese Weise handeln, verhalten sich, „als seien sie geschlossene, hart-programmierte autonome Systeme“.
- b. Ergebnisse bzw. Zwischenergebnisse wirken neben anderen Kontextvariablen auf das eigene Handeln und das anderer Lebewesen, die auf diese Weise handeln, verhalten sich, „als seien sie offene, weich-programmierte autonome Systeme“.

Wenn ich mich nicht sehr täusche, hat Maturana den ersten Fall von Rekursivität beschrieben, nämlich das Maschinenmodell autonomer Lebewesen. Ein Beispiel eines solchen Verhaltens wäre ein Rennfahrer, dem das Leben anderer gleichgültig ist und stur auf Sieg fährt.

Solche Handlungen werden gewöhnlich als „rücksichtslos, geradlinig und machtvoll“ empfunden. In diesem Fall kann man von „biologischer Autonomie“ sprechen: Alle Handlungsmöglichkeiten sind biologisch vorprogrammiert und lassen sich entsprechend leicht voraussagen. Den zweiten Fall möchte ich als „kontextuelle Autonomie“ bezeichnen, da hier der soziale Kontext des Handelns „berücksichtigt“ wird. Diese Handlungsweise wird gewöhnlich als „rücksichtsvoll, verantwortungsvoll“ und vielleicht sogar als „systemische Demut“ bezeichnet (vgl. BATESON, G. (1972)).

4. Konsequenzen für ein therapeutisches Modell. Die kontextuelle Autonomie, wie sie bisher beschrieben wurde, fokussiert implizit nur eine Person, der Kontext selbst wird nicht näher beschrieben. Wie jeder Familientherapeut weiß, ist es jedoch ein entscheidender Unterschied, ob man über Individuen, Beziehungen (von Individuen) oder Systemen (von Beziehungen von Individuen) spricht. Wenn man die Notwendigkeit, Unterscheidungen zu treffen, akzeptiert, kann man bei Einbeziehen der Rekursivität bzw. Autonomie verschiedene **Kontextweiten** unterscheiden, nämlich: Individuelle, relationale und systemische (wobei sich die systemische aus 3 und mehr Personen zusammensetzt). Man kann also verschiedene Kontextweiten unterscheiden und ihnen gleichzeitig Autonomie zuordnen. Diesen Prozeß habe ich an anderer Stelle als „rekursive Kontextualisierung“ bezeichnet (vgl. DEISSLER, K.G. (1983)², Abbildung 1, in diesem Buch S. 69).

Jede dieser Kontextweiten - ob Individuum, Beziehung oder System - wurde für sich genommen also rekursiv bzw. selbstbezüglich oder sich selbst beinhaltend definiert. Damit gibt es keine Paradoxie im klassischen Sinne mehr, denn die „Klasse, die sich selbst enthält“ wurde ja gerade als notwendig für Autonomie postuliert.

Der nächste Schritt besteht darin, Prozesse, die über die Zeit ablaufen, mit in dem Modell zu berücksichtigen. HOFFMAN, L. (1982) hat ein Modell vorgeschlagen, das sie „Time Cable“ nennt. Dieses Modell bezieht bereits zeitliche Prozesse mit ein.

Ich möchte hier ein Modell vorschlagen, das auf der „rekursiven Kontextualisierung“ beruht.

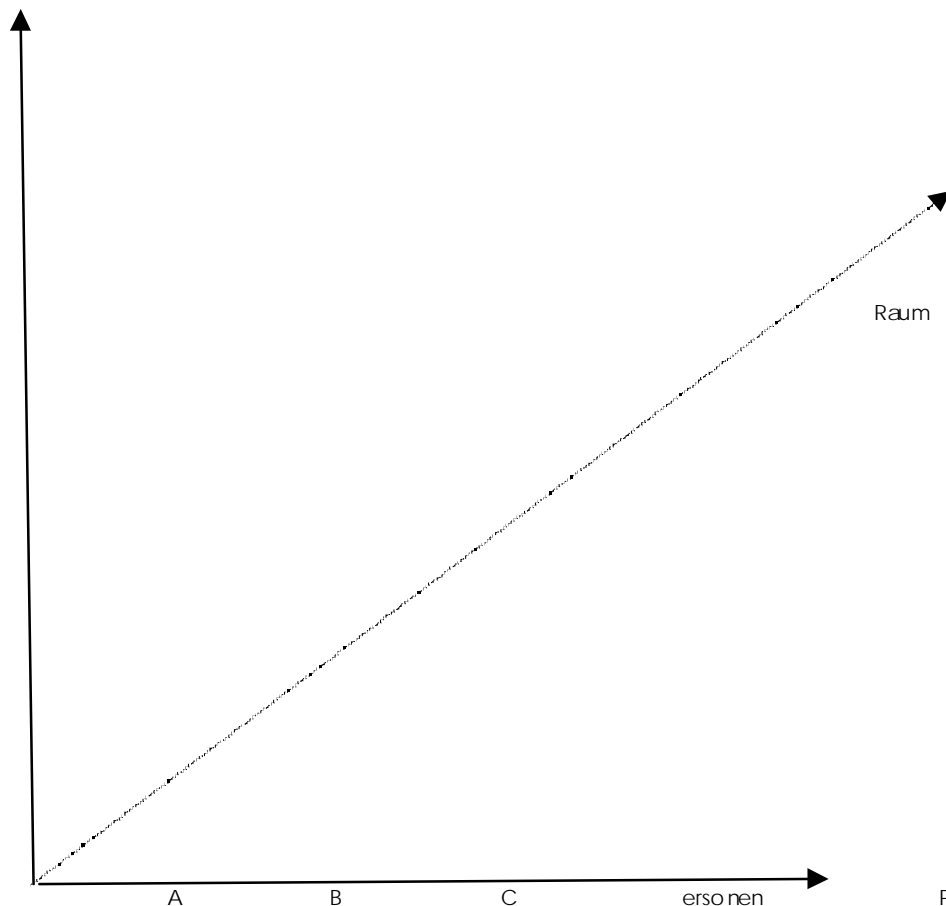
Wie in Abbildung 1 angedeutet, entsteht bei der Berücksichtigung zeitlicher Abläufe eine **Mehrfachhelix**, in der verschiedene Kontextweiten unterschieden werden können. Versucht man nun dieses Modell auf einen Therapieablauf zu übertragen, so kann man z.B. die Sprecherwechsel als „Beziehungsparameter“ einführen, um systemische Prozesse über die Zeit darzustellen. Ein Modell eines solchen systemischen Prozesses, z.B. einer Therapiesitzung, sieht wie folgt aus:

Abbildung 2: PERSONEN-RAUM-ZEIT-HELIX

Modell eines fließenden, selbstorganisierenden menschlichen Systems

² DEISSLER, K.G. (1983): Die rekursive Kontextualisierung natürlicher Prozesse. In: Familiendynamik, 8: 139-165.

* jenseits *



Im Unterschied zur synchronen Darstellung der **rekursiven Kontextualisierung** (vgl. Abbildung 1) berücksichtigt die diachrone Darstellung (Abbildung 2) neben den Personen, den Beziehungen und dem **System** von Beziehungen, **Raum** und **Zeit**. Das heißt, daß das Rekursivitätsmodell zu einer multiplen Helix erweitert wurde.

Ich nenne diese Helix PERSONEN-RAUM-ZEIT-Modell (PRZ).

Der Vorteil dieses Modells besteht darin, daß es erlaubt, folgende Parameter zu spezifizieren:

systemische Wirkungsmuster, die eine bestimmte Kommunikation formen,
den **Raum**, indem diese Kommunikation stattfindet und
die **Zeit**, zu der diese Kommunikation inszeniert wird.

Es wird angenommen, daß diese Parameter notwendig sind, um ein humanes System zu definieren.

C. Schlußfolgerungen

Nach wie vor bleibt eine Verwirrungsmöglichkeit bestehen: Ein autonomes Subsystem (z.B. Familienmitglied) ist nicht identisch mit dem übergeordneten autonomen System (z.B. Familie) dessen konstituierender Subprozeß es ist. Auch wenn man die Möglichkeit der Transzendenz einräumt, müssen beide Prozeßarten voneinander unterschieden werden können, um Konfusionen zu entgehen.

Gleichwohl gilt für Paradoxien im klassischen Sinne folgendes:

1. Das System, das sich selbst als Subprozeß einschließt, ist per definitionem autonom. Solche Systeme sind im Bereich lebendiger Prozesse die Regel und nicht die Ausnahme. Systeme, die diese Rekursivität nicht aufweisen, sind „tot“.

Systeme, die sich darüber hinaus selbst „erzeugen“ oder erhalten, werden MATURANA und VARELA zufolge „autopoietisch“ genannt. Wenn mehrere autopoietische Systeme sich zu übergeordneten Systemen (umfassendere Kontextweite) zusammensetzen, kann man von „selbstorganisierenden Systemen“ sprechen (vgl. JANTSCH, E. (1982)).

2. Wenn man dann jedoch ein „autopoietisches System“ und die „Selbstorganisation“ mehrerer solcher Systeme gleichsetzt, konfundiert man demzufolge die definierten Unterscheidungsgrenzen zwischen mindestens zwei Ordnungen von Systemen (bzw. Kontextweiten). Dies kann nützlich sein zur Förderung meditativer Übungen, Tranceinduktionen oder ekstatischer Zustände.

Andererseits ist eine Unterscheidung jedoch sinnvoll, wenn es z.B. um das Verständnis von Symptomen von autonomen Individuen in sich selbstorganisierenden Ökogruppen z.B. Familien) geht.

3. Ob man eine solche Konfusion mindestens zweier Systeme Paradoxie nennt, hängt davon ab, ob man sich selbst solche Konfusionen erlaubt oder nicht. Da ich persönlich Konfusion im therapeutischen Prozeß für sinnvoll erachte, um z.B. kreative Lösungen anzuregen, ist der Begriff „Paradoxie“ nicht mehr zentral.

Im therapeutischen Kontext ziehe ich es vor, im Anschluß an ERICKSON von **Utilisierungen systemischer Prozesse** zu sprechen.

D. Systemische Utilisierung - ein alternatives Modell

ERICKSON ist v.a. als derjenige bekannt geworden, der den Utilisierungsansatz in die Psychotherapie, insbesondere Hypnotherapie eingeführt hat: Wenn man einem Klienten in seinen Schwierigkeiten helfen will, ist es notwendig, seine Schwierigkeiten, also das, was er beklagt, genau zu kennen. Darüber hinaus ist es jedoch nützlich, über seine positiven Ressourcen, also das, was der Klient nicht beklagt, ebenfalls einiges zu wissen. Wenn man beide Bereiche kennt, kann man 2 Wege beschreiben, um den Klienten zu veranlassen, sich selbst zu helfen:

1. Man kann die positiven Bereiche nutzen, um die als negativ definierten zu lösen.
2. Man kann die als negativ definierten Bereiche therapeutisch so „verwenden“, daß der Klient veranlaßt wird, sie selbst zu lösen.

Der zweite Bereich ist derjenige, den ich hier als eigentlichen Utilisierungsansatz definieren möchte und der dem entspricht, was man am ehesten unter paradoxer Intervention versteht. Zur Erläuterung mag folgendes Beispiel dienen:

Ein 10-jähriger Junge, der alleine mit seiner Mutter und 2-jährigen Schwester lebt, bestiehlt seine Mutter, indem er Geld aus dem Portemonnaie entnimmt und es anschließend für Spielsachen, Süßigkeiten usw. ausgibt. Die Mutter hat bisher vergeblich verschiedene Methoden ausprobiert, um dem Jungen das Stehlen abzugewöhnen. Der Therapeut entschließt sich, den Utilisierungsansatz zu verwenden, indem er das, was vorhanden ist, nutzt, um die beteiligten Personen zu veranlassen, ihr Problem selbst zu lösen. Dabei beachtet er folgende Bedingungen:

1. Die Beziehung zwischen Mutter und Sohn.
2. Das symptomatische relationale Wirkungsmuster - der Sohn bestiehlt die Mutter, die sich vergeblich um die Lösung des Problems bemüht.

Der Therapeut fordert die Mutter auf, einen „Klaubeutel“ anzuschaffen. In diesen „Klaubeutel“ soll sie am Anfang jeder Woche 5,00 DM in 1-Markstücken legen. Der Sohn wird aufgefordert, sich wöchentlich höchstens 2,00 DM aus dem „Klaubeutel“ zu stehlen. Erfüllt er diese Aufgabe, erhält er zur Belohnung für das Stehlen von 2,00 DM zusätzlich weitere 2,00 DM Taschengeld als Belohnung, klagt er jedoch mehr als 2,00 DM pro Woche, erhält er kein Taschengeld. Diese Aufgabe soll mindestens 4 Wochen unter Anleitung der Mutter durchgeführt werden.

Um die Aufgabe zu verstehen, muß man die folgenden Implikationen kennen:

1. Durch die Aufgabe wird die Mutter veranlaßt, das Klauen zu ermöglichen. Darüber hinaus übernimmt die Mutter die Verantwortung für die Durchführung der Aufgabe. Des weiteren muß sie den „Klaubeutel“ anschaffen.
Schließlich muß sie zusätzlich den Beutel mit Geld ausstatten.
2. Das Klauen wird umfunktionalisiert und als erwünscht impliziert.
3. Der Junge klagt entweder den vorgeschriebenen Betrag von maximal 2,00 DM und wird dann dafür mit zusätzlichen 2,00 DM durch die Mutter belohnt, oder er entnimmt mehr Geld und verzichtet damit auf das zusätzliche Taschengeld durch seine Mutter, indem er sich selbst für das Klauen belohnt.

Wie Sohn und Mutter in der nächsten Sitzung berichteten, hat der Sohn nicht mehr als 2,00 DM pro Woche „geklaut“ und deshalb regelmäßig 2,00 DM Taschengeld erhalten. Gleichzeitig berichtete der Sohn, es mache ihm keinen Spaß mehr, das Geld zu nehmen. In der darauffolgenden Sitzung berichteten Mutter und Sohn, daß das Klauen keine Rolle mehr spiele. Sie einigten sich in Gegenwart des Therapeuten darauf, daß der Sohn pro Woche 2,00 DM Taschengeld erhalten und die restlichen 2,00 DM für größere Anschaffungen (z.B. Fahrrad) auf einem Sparkonto angelegt werden soll. Damit hat diese Beziehung zwischen Mutter und Sohn innerhalb des „therapeutischen Systems“, dem zusätzlich der Therapeut angehört, „relationale Autonomie“ gezeigt, indem sie selbst entschieden haben, daß der Junge seine Mutter nicht mehr beklaut. Darüber hinaus finden sie in Kooperation mit dem Therapeuten eine Neudefinition ihrer Beziehung.

Dieses kurze Beispiel beschreibt einen systemischen Prozeß, an dem 3 Personen beteiligt sind: Mutter, Sohn und Therapeut (vgl. Abbildung 1, S. 69 und Abbildung 2, S. 109). Der Therapeut utilisiert den relationalen Prozeß zwischen Mutter und Sohn, indem er

- ihre Beziehungsdefinition akzeptiert
- das symptomatische Verhalten verschreibt und damit als relationalen Prozeß zwischen Mutter und Sohn für wünschenswert definiert, so daß das Klauen zwar noch als solches etikettiert ist, implizit aber eine neue Beziehungsdefinition zwischen Mutter und Sohn hergestellt wird.

Auf diese Weise wird das Symptom des Sohnes utilisiert, um die Beziehung zwischen Mutter und Sohn neuzudefinieren. Dies geschieht dadurch, daß die Mutter dem Sohn gegenüber eine wohlwollende, bestätigende Funktion erhält, durch welche der Sohn das darf, was bisher verboten war bzw. bestraft wurde. Damit wird dem Sohn die Möglichkeit des Protests durch Klauen genommen. Eine Möglichkeit, gegen diese Beziehungsneudefinition zu protestieren, besteht darin, das Klauen aufzugeben.

Durch diesen therapeutischen Prozeß wird das individuelle, symptomatische Verhalten zu einem relationalen, rekursiven Kontext erweitert. Der in der Literatur vorherrschende Begriff für diesen therapeutischen Prozeß lautet „reframing“. Ich ziehe es vor, ihn „Neukontextualisieren“ zu nennen, da dieser Begriff präziser definiert werden kann (s.u.).

Die **systemische Utilisierungstechnik** setzt sich also wie folgt zusammen:

1. **Akzeptieren der Problemdefinition** der Klienten - sei es, daß das Problem dargestellt wird als ein individuelles Symptom, ein Beziehungs- oder Mehrpersonenkonflikt (vgl. Abbildung 1 zur rekursiven Kontextualisierung, S. 69).
2. Definition eines Teils oder des gesamten als Problem definierten Ausschnittes des systemisch-rekursiven Kontexts indem er als positiv, erwünscht, sinnvoll oder nützlich im Rahmen von der Neukontextualisierung deklariert wird (**positive Konnotation**).
3. Implizite oder explizite **Neukontextualisierung** durch
 - a. Veränderung des „rekursiven Kontexts“ (Kontextweite: wie viele Personen werden in das Problem einbezogen?),
 - b. Veränderung des zeitlichen Kontextes,
 - c. Veränderung des räumlichen Kontextes, falls nützlich.
4. **Verschreibung** eines Teiles oder **der gesamten rekursiven Wirkungsmuster**, die das Problem ausmachen oder eines zusätzlichen anderen Teiles.

E. Zusammenfassung

1. **Paradox** erscheinen wirksame Interventionen immer dann, wenn
 - verschiedene Kontextweiten konfundiert werden und damit nicht unterschieden werden können,
 - das als Problem definierte Verhalten und die darauf bezogenen Interventionen ohne Berücksichtigung zeitlicher Abläufe erklärt werden und
 - die Rekursivität der verschiedenen Kontextweiten und damit ihre jeweilige relative Autonomie nicht beachtet wird; m.a.W. wenn lineare Erklärungsmodelle angewendet werden.
- 2 Eine Alternative dazu stellt die **systemische Utilisierung** dar:

Bei dieser Vorgehensweise wird berücksichtigt, daß Symptome - und allgemein gesprochen - menschliches Verhalten auf unterscheidbaren Prozeßebenen erklärt werden kann. Therapeutisch gesehen kommt es darauf an, die Prozeßebenen für die Intervention zu wählen, die am ehesten eine „autonome Lösung“ des Problems evozieren kann. Dies können „habituelle kognitive Muster“ eines Individuums bis zu „systemischen Wirkungsmustern eines Mehrpersonensystems“ sein. Damit reichen die Interventionsmöglichkeiten von Methoden, die der „indirekten Hypnotherapie“ (vgl. ERICKSON, M.H. (1980)) bis zu denen, die der „systemischen Familientherapie“ (vgl. SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1977), (1980), HOFFMAN, L. (1981), PENN, P. (1982) und DeSHAZER, S. (1982)) entstammen.

Aufgabe des Therapeuten ist es, das **Personen-Zeit-Raum-Kontinuum**, dem er sich anschließt und zu dessen Subprozeß er wird, zu akzeptieren, in seinen wesentlichen systemischen Wirkungsmustern verstehen zu lernen und diese fließenden Prozesse so zu nutzen, daß sie sich selbst aufheben oder lösen können. Damit trägt der Therapeut bzw. das therapeutische Team zur **autosystemischen Transformation** der Familie bei (vgl. DEISSLER, K.G. & GESTER, P.W. (1985) in diesem Buch S. 151).

3. Das Ziel der systemischen Utilisierung besteht also darin, der problemtragenden Gruppe (vgl. HALEY, J. (1976)) nach einem Stadium der **systemischen Konfusion** Problemlösungen durch **autonome Reorganisation**, in der die systemischen Wirkungsmuster neu geordnet werden, zu erlauben. So gesehen greifen systemische Utilisierungen in die Selbstorganisation eines humanen Systems ein, indem sie Lösungen provozieren, evozieren, suggerieren oder verhindern wenn dies - paradoxerweise - die Autonomie stärkt. Am besten sind immer die Lösungen, die die Familie für sich selbst findet, da sie der beste Fachmann für sich selbst ist.

F. Abschließende Metapher

Es gibt Situationen, in denen Kinder sich an ihre Eltern klammern, insbesondere dann, wenn diese versuchen, sie wegzustoßen oder abzuschieben. Wenn die Eltern beim Klammern der Kinder jedoch liebevoll mitgehen, vielleicht durch ein wenig Gegendruck die Kinder selbst klammern, besinnt sich das Kind meist darauf, daß es eines nicht will: Geklammert werden. Es neigt dann dazu sich zu befreien. Eltern, die ihre Kinder lieben und ihre eigene und die Autonomie ihrer Kinder schätzen, üben gegenüber ihren Kindern rechtzeitig etwas Gegendruck aus oder erlauben ihnen, sich zu befreien.

3. Psychisches Wohlbefinden und psychisches Leiden

Sieht man von körperlichen Erkrankungen ab, stellt sich bei psychischem Leiden die Frage, ob es auch eine Krankheit sei, genau wie eine körperliche: wahrnehmbar, objektivierbar, meßbar. Thomas SZASZ (vgl. z.B. 1974) ist derjenige, der am eindringlichsten auf den metaphorischen Charakter des Begriffs „Geisteskrankheit“ bzw. „psychische Krankheit“ verwiesen und die sozialen Bedingungen psychischen Leidens aufmerksam gemacht hat. Wenn aber psychisches Leiden ein soziales und damit systemisches Phänomen ist, werden immer Beziehungen und Systeme von Beziehungen der Fokus sein, auf den der Betrachter - einschließlich seiner selbst - seinen Blickwinkel ausdehnen muß (vgl. RUESCH, J. & BATESON, G. (1951)). Wenn der Beobachter sich jedoch selbst mit in die Betrachtung einschließt, definiert er sich automatisch

als autonomen Subprozeß einer umfassenderen Betrachtungseinheit. Damit findet auch hier die Rekursivität Eingang in die Diskussion. Die entscheidende Frage in diesem Kontext lautet: Welche selbstrückbezügliche Erkenntnistheorie hat die Person, die sich selbst als Therapeut definiert, bezüglich des sozialen Phänomens „psychisches Leiden“ (auch hierzu wirft SZASZ, T. (1979) wichtige Fragen auf). Meine Position möchte ich in folgenden 6 grundlegenden Punkten zusammenfassen:

1. Psychisches Leiden ist ein systemisches Phänomen, an dem zumindest die Personen beteiligt sind, die das Problem mit tragen oder dazu beitragen, daß es ein Problem ist. Dies ist insbesondere die engere ökologische Gruppe deren Mitglied der Symptomträger ist. Sobald diese Gruppen eine therapeutische Beziehung eingehen, gehört die therapeutische Organisation mit dazu. (vgl. HALEY, J. (1976) a.a.O.). Dies entspricht einer **ökosystemischen Sichtweise menschlicher Probleme** (vgl. a. KEENEY, B.P. (1979) DeSHAZER, S. (1982) a.a.O. oder DEISSLER, K.G. (1981)).
2. Gemäß dem Modell der „rekursiven Kontextualisierung“ lassen sich Kontextweiten - bis hin zu gesellschaftlichen Prozessen - bestimmen, die das psychische Problem konstituieren, aufrechterhalten oder zu seiner Lösung beitragen können.
Für therapeutische Zwecke ist es sinnvoll, die Kontextweite zu wählen, die eine **„autonome Transformation der systemischen Wirkungs- oder Beziehungsmuster“** am ehesten leisten kann. Dies wird in den Fällen diejenige Kontextweite sein, die die engeren Lebenspartner einschließt - also Familie oder andere Ökogruppe.
3. Ein Therapeut sollte nach Möglichkeit eine **dualistische Position meiden**, die ihn als Mitglied eines „gesunden Beziehungssystems“ ausweist, das einem System „kranker Beziehungen“ gegenübersteht und deshalb dazu berufen ist, mittels der eigenen „Gesundheit“ die „Krankheit des anderen Systems zu „heilen“. Stattdessen sollte der Therapeut sich und sein Team als **Schnittstelle einer systemischen Vernetzung** mit einem anderen ökosystemischen Subsystem verstehen.
Mit dieser Sichtweise wird es dem Therapeuten ermöglicht, sich selbst als einen autonomen Bestandteil eines mit der ratsuchenden Familie geteilten „konsensuellen Raumes“ (vgl. MATURANA, H.R. (1982) a.a.O.) zu definieren. In diesem Sinne tragen dann beide - Therapeut und Familie - zur Lösung umfassender sozialer Probleme bei. Dadurch können auch Positionen wie „Therapeut gut, gesund, verantwortungsvoll“ - „Klient schlecht, krank, schuldig“ vermieden werden.
4. Psychotherapie, insbesondere systemische Familientherapie, dient nicht der sozialen Kontroll- oder Machtausübung und damit Anpassung an soziale Normen, sondern der Förderung der **„Erstmaligkeit“** d.h. der **Schöpfung neuer Information in Beziehungen**. Damit kann Therapie auch (zwar nur im kleinen Rahmen) der gesellschaftlichen Vielfalt dienen. Die alte Sichtweise, daß Psychotherapie der Einhaltung gesellschaftlicher Normen und damit der Verhinderung von Veränderungsprozessen diene, entspringt linearem Ursache-Wirkung-Denken, wie es insbesondere in der kustodialen Psychiatrie Anwendung findet. Damit wird auch der Auffassung, daß psychische Probleme - einschließlich schwerer psychischer Leiden - Krankheiten seien, widersprochen. Soziale Probleme, die in erster Linie Beziehungsproblematiken und deren Gestaltung im systemischen Rahmen zum Fokus haben, lassen sich nicht behandeln, als seien es Krankheiten. Psychotherapeuten, die dies dennoch tun, täuschen sich über den Bereich ihrer Tätigkeit hinweg und wenden Denkmodelle zur Lösung sozialer Probleme an, die zur Lösung somatischer Probleme entwickelt wurden. Solche Psychotherapeuten behindern sich selbst.
5. Das hypothetische Konstrukt der „Macht in Beziehungen“ wird von einigen Autoren als zentral für das Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Probleme angesehen (vgl. insbesondere die Arbeiten von HALEY, J., z.B. (1959) oder (1980)). An-

dererseits wurde von einigen Autoren (vgl. BATESON, G. z.B. (1972) a.a.O.) nahegelegt, daß es nicht die Macht selbst, sondern der Glaube an die bzw. die Erkenntnistheorie der Macht sei, die bestimmte Personengruppen veranlassen, sich in den Fallstricken dieses Denkmodells zu verfangen (vgl. a. STIERLIN, H. (1982)). Die Aufgabe des Therapeuten besteht dann darin, diese „Machtspiele“ so mitzuspielen, sie auf eine solche Weise zu fördern oder zu verschreiben, daß sie überflüssig werden. Dies heißt, daß die Familie dazu veranlaßt wird, ihre Erkenntnistheorie der Macht aufzugeben und sie so implizit veranlaßt wird, eine systemische Erkenntnistheorie zu übernehmen. Dies wiederum kann die Autonomie der Familie stärken.

Therapeuten, die diese Denkweise akzeptieren, stehen **jenseits des Machtkonstrukts**: Wenn Familien diesem Konstrukt in ihren Handlungsweisen folgen, akzeptiert er es. Er veranlaßt die Familie jedoch, es zu transzendieren, indem er das Spiel der Macht mitspielt und schließlich für die Familie überflüssig macht.

6. Die abstrakteste und allgemeinste Formulierung dessen, was in menschlichen Beziehungen von psychischem Leiden begleitet wird, ist folgende: **Beziehungssysteme sind fließende, systemische Wirkungsmuster** die ein evolutionäres Tempo aufweisen. Es gibt Umstände, bei denen der evolutionäre Prozeßcharakter dieser Wirkungsmuster verlorengeht. Hier kann man 2 entgegengesetzte Fälle unterscheiden:
 - a. Das System, das sich in ständiger Entwicklung, Veränderung und Neuorganisation befindet, wird durch bestimmte Ereignisse in seinem Entwicklungstempo verlangsamt. Diese veränderte **Entwicklungstempo** kann man als **anachron** bezeichnen. Beispiele für solche Fälle sind Familien, die ihre Kinder nicht autonom werden lassen können.
 - b. Der umgekehrte Fall, in dem das Entwicklungstempo überschritten wird, ist ebenfalls möglich: In diesem Fall geht z.B. die Loslösung eines Kindes von der Familie zu schnell vonstatten oder die Familienmitglieder haben keine verlässliche Beziehungsbasis, da sich die systemischen Wirkungsmuster zu schnell ändern, als es die beteiligten Personen ertragen können. Auch in solchen Fällen kompensieren die Familienmitglieder mit Symptomen. Diese Art des veränderten Entwicklungstempos kann man **metachron** nennen.
 - c. In beiden Fällen haben die beteiligten Personen gute Gründe, sich auf dieses Entwicklungstempo einzulassen. Es ist Aufgabe des Therapeuten, diese Gründe durch angemessene Explorationsverfahren herauszubekommen, um sie therapeutisch utilisieren zu können (ein Explorationsverfahren, das eine Weiterentwicklung des „zirkulären Befragens“ darstellt, wird von DEISSLER, K.G. (1985, a.a.O.) vorgestellt.

4. Therapeutische Arbeitsweise

Die folgenden Fallbeispiele sollen einen näheren Einblick in die Arbeits- und Wirkweise des therapeutischen Vorgehens zeigen, wie es im **Institut für Familientherapie Marburg** praktiziert und gelehrt wird. Die Beispiele sind insofern „typisch“, da sie auf einer eingehenden Analyse der „problemkonstituierenden Wirkungsmuster“ beruhen und die „systemische Utilisierungstechnik“ näher erläutern. Zum besseren Verständnis unserer Arbeitsweise möchte ich zunächst die therapeutischen Rahmenbedingungen etwas genauer kennzeichnen.

A. Therapeutische Rahmenbedingungen

Das Institut für Familientherapie Marburg ist ein privates Institut, das von keiner öffentlichen Einrichtung gefördert wird. Andererseits ist es damit auch nicht Richtlinien oder Beschränkungen ausgeliefert, die seine therapeutische Arbeitsweise behindern könnten. Ziele des Instituts für Familientherapie Marburg bestehen darin, „problemformende systemische Wirkungsmuster“ in natürlich vorkommenden Formen der Selbstorganisation des Menschen - seien es Familien, Wohngemeinschaften, Hausgemeinschaften oder andere Formen der menschlichen Selbstorganisation - zu untersuchen, darauf abgestimmt möglichst effiziente therapeutische Strategien zu entwickeln, diese auf die natürliche Organisationsformen des Menschen anzuwenden und sie schließlich in den kurz- und langfristigen Wirkungen zu überprüfen. Die therapeutische Arbeit verläuft wie folgt:

Vor dem Erstinterview liegen bereits alle **Basisdaten** über die problemtragende Gruppe vor; diese Daten werden beim telefonischen Erstkontakt mit einem Mitglied der problemtragenden Gruppe erhoben (vgl. Basisdatenbogen, Appendix I). Alle Therapiesitzungen werden im therapeutischen Team vorbereitet und unter **Live-Supervision** durchgeführt. Nach mindestens 45 Minuten therapeutischem Interview wird die Sitzung unterbrochen um im therapeutischen Team das weitere Vorgehen zu beraten. Diese **Zwischenberatung** dauert mindestens eine 1/4 Stunde, sie kann sich aber auch in schwierigen Einzelfällen bis zu 90 Minuten hinziehen. In dieser Zwischenberatung wird versucht, ein **hypothetisches Erklärungsmodell der problemformenden Wirkungsmuster** zu entwerfen und - soweit möglich - darauf aufbauend eine Intervention zu entwickeln. Ist sich das therapeutische Team nicht über die problemkonstituierenden Wirkungsmuster einig, wird im Anschluß an die Zwischenberatung **gemäß den verschiedenen Hypothesen weiter exploriert** oder die Familie wird ohne Kommentar zum **nächsten Termin einbestellt**. Ist sich das therapeutische Team über die problemkonstituierenden Wirkungsmuster einig, wird die Familie zum nächsten Termin einbestellt und die **Intervention wird sofort appliziert** oder als **schriftliche Prozeßdiagnose mit oder ohne Verschreibung** innerhalb der nächsten Tage angekündigt. Eine andere Möglichkeit besteht darin, eine **Stellungnahme durch das therapeutische Team für das Ende der nächsten Sitzung anzukündigen** (bei dieser Form der versteckten Intervention hat die Familie Gelegenheit, sich selbst über interne Suchprozesse eine mögliche Intervention auszudenken und sogar sich selbst zu verschreiben) . Die Interventionen werden auf Basis der **systemischen Utilisierungstechnik** geplant und durchgeführt. Am Ende der Sitzung werden die vom therapeutischen Team **antizipierten Wirkungen** auf die Intervention hin besprochen. Der gesamte therapeutische Prozeß (– Vorbereitung, Durchführung, Intervention und antizipierte Wirkungen –) wird auf einem speziell für diesen Zweck entwickelten Therapieprozeßbogen protokolliert. Dies betrifft ebenso die Wirkungen, die in der nächsten Stunde tatsächlich wahrgenommen werden (vgl. Checkliste für den Therapieprozeßbogen, Appendix II).

Welche **therapeutische Technik in einzelnen** verwendet wird, hängt vom Verlauf der Therapie ab und muß in jedem Einzelfall neu entschieden werden; es kann jedoch aus Platzgründen nicht näher beschrieben werden. Um die therapeutische Technik festzulegen kann man eine Checkliste benutzen (vgl. Appendix III). Es ist jedoch wichtig darauf hinzuweisen, daß vor jeder Intervention das hypothetische Erklärungsmodell entworfen und möglichst durch zirkuläres Befragen erhärtet sein sollte.

Die **Abstände zwischen den Sitzungen** bewegen sich im Schnitt zwischen 3 bis 6 Wochen, um die Kommentare, Aufgaben usw. zum Tragen kommen zu lassen (vgl. SELVINI PALAZZOLI, M. (1980)).

Eine **Höchstzahl von Therapiesitzungen** wird offiziell meist nicht festgelegt, um nicht mit den Familien in einen eskalierenden Erfolgswettbewerb zu treten. Die inoffizielle Richtgröße beträgt ca. 10 Sitzungen.

Die **Ziele der Therapie** werden von den Ratsuchenden deklariert. Das therapeutische Team akzeptiert diese Zielsetzungen; es formuliert diese Ziele jedoch um, indem sie diese auf der „systemischen Prozeßebenen“ neu formuliert. Dies kann z.B. heißen, daß das therapeutische Team die Schwierigkeiten der Familie eher in der Art der Organisation der Familie sieht, während die Familie selbst lediglich ein somatisches Problem der Tochter deklariert. Die Therapeuten geben keine Auskunft über ihre systemische Konstruktion der Problemlage - es sei denn dies wird ausdrücklich als therapeutische Maßnahme geplant.

Über die **Wirkweise der Interventionen** tritt das therapeutische Team nicht mit der Familie in Diskurs; auch hier gilt die Ausnahme: Sollte das therapeutische Team jedoch beispielsweise zu Forschungszwecken zu dem Schluß kommen, daß ein solcher Diskurs sinnvoll sei, um z.B. die negativen Wirkungen dieser Vorgehensweise festzustellen, wird er vom therapeutischen Team angeregt.

B. Ein Fall von „krankhafter Heiratssucht“

Wie der Titel bereits deutlich macht, setze ich mich über die oben gemachten Ausführungen über „psychisches Wohlbefinden und psychisches Leiden“ hinweg und mache mich über psychopathologische Kategorisierungen lustig. Ich möchte jedoch folgendes festhalten:

Wenn das therapeutische Team diese Etikettierung zur Grundlage der Behandlung gemacht hätte, wäre die Therapie ein Mißerfolg geworden. Bei einer solchen Kategorisierung werden nämlich 3 entscheidende Fehler gemacht:

1. Man tut so, als würde das problemaufrechterhaltende Wirkungsmuster von einer Person ursächlich bestimmt.
2. Man tut so, als sei diese Ursache eine negative Entität, die der als krank deklarierten Person innewohnt.
3. Man definiert mehr oder weniger explizit das Problem als nicht lösbar - weder für den Therapeuten noch für das betreffenden System selbst (vgl. dazu auch HALEY, J. (1980) a.a.O.)).

Es gibt jedoch ein Problem bei der Darstellung klinischer Fälle, die erfolgreich behandelt wurden. Wenn man „Krankheitsdeklarationen“ im kollegialen Kontext wegläßt, findet man schnell Kritiker der eigenen Arbeit, die behaupten: Der Fall, den Du vorstellst, ist ja gar keiner mit „Krankheitswert“. Deshalb ist die Behandlung auch so leicht. Wie dem auch sei, wenden wir uns dem konkreten Beispiel³ zu:

Es geht um ein junges unverheiratetes Paar - Lars, 33 Jahre (Rechtsanwalt), Marie-Ann, 29 Jahre (Sozialarbeiterin). Beide kennen sich seit 5 Jahren und leben seit 3 Jahren zusammen. Er war bis kurz vor Beginn der Therapie über 8 Jahre lang verheiratet, lebte jedoch seit 5 Jahren von seiner ehemaligen Frau getrennt. Mit dieser Frau zusammen hat er einen 12-jährigen Sohn. Die Kontakte zu seiner Ex-Frau sind sporadisch und erklären sich aus der Beziehung zu seinem Sohn. Seine ehemalige Frau hat jedoch engen Kontakt zu seinen Eltern, insbesondere seiner Mutter. Seine Kontakte zur Ursprungsfamilie sind relativ eng.

³ Das therapeutische Team setzte sich in diesem Fall zusammen aus:

Klaus G. Deissler, Therapeut; Peter W. Gester, Live-Supervisor und Dorle Engel, Protokollantin. Die therapeutischen Interventionen sind immer Ergebnis gemeinschaftlicher Bemühungen.

Marie-Ann hat kaum Kontakt zur Ursprungsfamilie; sie lehnt ihre Familie teilweise ab, möchte sich aber eine eigene Familie aufbauen. Während des Zusammenlebens mit Lars hat sie öfters den Wunsch nach Heirat ausgesprochen. Lars hat dies meist abgelehnt - er war ja noch verheiratet. Marie-Ann hat Lars dann vor ca. 1 1/2 Jahren ein Ultimatum gestellt: „Entweder Du läßt dich von Deiner jetzigen Frau scheiden oder wir trennen uns“. Lars ist auf dieses Ultimatum eingegangen und hat sich scheiden lassen. Kurz nach der Scheidung konfrontierte Marie-Ann Lars mit einem neuen, mehr oder weniger expliziten ultimativen Anliegen: „Entweder wir heiraten oder wir trennen uns“. Lars lehnte dieses zweite Ultimatum ab.

Da die Situation sich zuspitzte, beide sich in einen unentrinnbaren Teufelskreis von Streitigkeiten, die auf Forderung, Verweigerung, Anklage und Gegenanklage beruhten, verrannt hatten, wandten sie sich an uns: Das problemformende Wirkungsmuster wurde im Erstinterview so vom therapeutischen Team konstruiert, wie es gerade beschrieben wurde. Hinzu kam noch die Information, daß Marie-Ann die Beziehung zwischen Lars und seiner Mutter als sehr eng bezeichnete. Darüber hinaus spüre sie die ablehnende Haltung seiner Eltern ihr gegenüber. Lars ergänzte seine Angaben dadurch, daß für ihn eine Heirat nach der gerade abgeschlossenen Scheidung nicht in Frage komme. Eine enge Bindung an seine Mutter hat Lars bestritten.

In der Zwischenbesprechung stellte sich dem therapeutischen Team die Frage, was zu tun sei, um das Paar anzuregen, eine autonome Lösung seiner Problem zu ermöglichen.

Die positive Konnotation des Problems machte uns wenig Schwierigkeiten, da im Laufe der Therapiesitzung eine gute „Korrespondenz“ zwischen therapeutischem Team und beiden Partnern deutlich wurde.

Daher erschien es zunächst notwendig, das Problem in einen neuen Kontext zu stellen, es neu zu kontextualisieren, um eine Lösung möglich zu machen. Wir entschieden uns, das Problem von den beiden Partnern weg, mehr zu ihren Ursprungsfamilien zu verlagern, d.h. das Problem in den Kontext der Loslösung von den beiden Ursprungsfamilien zu stellen und damit dem Problem der Heirat, das die Partner als dringlichstes Anliegen formuliert hatten, implizit einen sekundären Rang zuzuweisen. Darüber hinaus mußte gleichzeitig Marie-Anns Wunsch nach Heirat als offizieller Streitpunkt akzeptiert werden, um bei den Partnern keine Antihaltung hervorzurufen und schließlich wurde noch bedacht, daß Lars häufig seine Probleme mit seiner Ursprungsfamilie beratschlagte.

Deshalb entschieden wir uns, beiden eine Aufgabe zu geben, die beides berücksichtigte. Damit konnten wir das problemformende Wirkungsmuster verschreiben. Diese Sitzung wurde mit folgender Intervention abgeschlossen:

1. Der Therapeut vermittelte den beiden Partnern analog (Stimmelage, Gesten etc.), daß das therapeutische Team ihre Beziehung akzeptierte und das Paar bei der Lösung der Probleme unterstützte (**analoge oder implizite positive Konnotation**).
2. Er teilte beiden Partnern mit, daß die Auseinandersetzungen um Heirat oder nicht zwar die Beziehung beeinträchtigen (Akzeptieren der Problemdefinition), das therapeutische Team das Problem aber darin sehe, daß beide Partner ihren ursprungsfamilialen Kontext ihrer Beziehung noch nicht geklärt hätten und jeder auf seine spezifische Weise den anderen durch das hochgespielte Heiratsproblem beschütze, um der Klärung der genannten Kontexte zu entgehen. Wenn das Problem aber gelöst werden sollte, sei eine Klärung der Kontexte notwendig (**Neukontextualisierung**).
3. Aus den genannten Gründen sei es deshalb sinnvoll, folgende Aufgabe zu machen: Beide sollten einen gemeinsamen Brief entwerfen, in dem jeder seinen Standpunkt zum Problem der Heirat darstellen sollte. Jeder soll dabei 3 seiner Argumente ins Feld führen. Dieser Brief soll gemeinsam an die Verwandten der beiden mit der Bitte um Hilfe bei dem Problem geschickt werden. Durch eine Fristsetzung sollen die Verwandten veranlaßt

werden, den beiden die Rückmeldung innerhalb eines überschaubaren Rahmens zu geben. (**Utilisierung der Heiratsproblematik** (insbesondere Marie-Ann und der Verbundenheit mit der Verwandtschaft (insbesondere Lars)) zur Evozierung multipler systemischer Wirkungen; Ziel: **autosystemische Transformation** der Beziehungsmuster u.a. durch gemeinsamen Entwurf des Briefes an die Verwandten, so daß Lars und Marie-Ann implizit als Paar, das einen Brief schreibt, angesehen wird).

Beide akzeptierten sowohl den Kommentar als auch die Aufgabe: Nach dem Eindruck des therapeutischen Teams zeigte Lars sich betroffen durch seine eher ruhige Weise, Zusatzfragen zur Durchführung der Aufgabe zu stellen, während Marie-Ann stöhnte und sich laut ausmalte, welche Wirkungen die Durchführung der Aufgabe haben könnte. Beide schienen jedoch insgesamt mit dem Ergebnis der Beratung zufrieden zu sein.

Einige Wochen später rief Marie-Ann an und teilte mit, daß beide zum zweiten vereinbarten Termin nicht mehr kommen wollten, da für sie das Problem gelöst sei: Es habe einige familiäre Turbulenzen gegeben, die dazu geführt hätten, daß Lars sich insbesondere von seiner Mutter, aber auch von seiner Ex-Frau mehr gelöst habe und inzwischen mehr zu ihr, Marie-Ann, stehe. Mit diesem Ergebnis seien beide zufrieden; sie wolle Lars nun nicht mehr heiraten, da sie merke, daß er zu ihr stehe.

Wir haben beide Partner gebeten, uns Rückmeldungen über die Wirkungen ihres Briefes an ihre Verwandten zu geben. Wir haben sowohl Photokopien des Briefes von Lars und Marie-Ann an die Verwandten als auch der Antworten auf den Brief erhalten. Insgesamt macht diese Korrespondenz über 20 handgeschriebene DIN A4 Seiten aus.

Der Brief, der von Marie-Ann und Lars entworfen und an ihre Verwandten geschickt wurde, lautete folgendermaßen:

Liebe ...,

Du bist sicher überrascht, von uns Post zu bekommen. Wir schreiben Dir, weil wir gerne Deinen Rat bei einem Problem haben möchten, das uns schon einige Zeit beschäftigt:

Marie-Ann möchte nämlich gern heiraten und Lars ist dagegen. Marie-Ann begründet ihren Standpunkt folgendermaßen:

„Ich bin überzeugt davon, daß Lars für mich der „Richtige“ ist. Ich bin für die Heirat auch deshalb, weil die Eheschließung ein allgemein anerkannter und offizieller Schritt ist zum weiteren gemeinsamen Leben.

Ich bin außerdem der Meinung, daß mit der Eheschließung das „Erwachsenwerden“ besiegelt wird, weil damit die Kinder unwiderruflich die Herkunftsfamilie verlassen, um eine neue eigene Familie zu gründen. Ich halte das Zeremoniell einer Hochzeit in diesem Zusammenhang für wichtig und erforderlich.“

Lars lehnt eine Heirat aus folgenden Gründen ab:

„Ich sehe es nicht ein, daß unsere Beziehung durch den Staat abgesegnet werden muß und möchte nicht den mit einer Ehe verbundenen besonderen Status und die daran geknüpften Erwartungen und Festschreibungen.

Ich glaube nicht, daß durch eine Eheschließung tatsächlich die von Marie-Ann gewünschten Veränderungen - auch im Hinblick auf ihre Familie - eintreten werden.

Außerdem möchte ich nicht, wie schon einmal, aus Rücksichtnahme zu einem Schritt ja sagen, den ich im Grunde nicht für richtig halte und zu dem ich nicht stehen kann.“

* jenseits *

Bei vielen gemeinsamen Gesprächen war es uns nicht möglich, uns zu einigen oder eine Lösung zu finden.

Wir möchten Dich deshalb bitten, uns bis zum ... zu schreiben und uns Deinen Rat zu geben.

Da uns sehr daran liegt, Deinen ganz persönlichen Standpunkt zu erfahren, solltest Du möglichst ohne Absprache mit Anderen an uns schreiben.

Wir freuen uns auf Deinen Brief.

Die Antworten auf diesen Brief waren - wie man sich denken kann - vielfältig. Hier will ich nur den Tenor der Briefe wiedergeben, um dem Leser einen Eindruck über die „systemischen Wirkungen“ dieses Briefes zu vermitteln (sie sind in der zeitlichen Reihenfolge des Eintreffens geordnet):

Lars Mutter schrieb 2 Briefe, kurz hintereinander: Sie vermittelte Lars, daß sie seine Bedenken verstehen könne, sie schlug Trennung vor und daß jeder sich einen anderen Partner suche. In einem ergänzenden Schreiben räumte sie Eheschließung ein, schlug jedoch Sterilisation eines Partners vor, damit ein Kompromiß der Nichtfamilienbildung möglich werde.

Eine Tante von Lars schlägt vor, die Ehe ohne Trauschein zu praktizieren, da die legale Ehe genug Probleme mit sich bringe.

Marie-Anns Mutter, die für den Vater mit antwortet, unterstützt Marie-Anns Wunsch nach legalisierter Eheschließung. Sie entschuldigt gleichzeitig ihre beiden „schreibfaulen“ Söhne, die nicht antworten werden.

Lars Großmutter traut beiden Partnern eine eigenständige Lösung ihrer Probleme zu und ist traurig, daß sie nicht mehr helfen kann.

Lars Vater hält nichts von einer Ehe; er wünscht den beiden eine schöne gemeinsame Zeit.

Lars Schwester, bereits 2 mal geschieden, rät davon ab, die gute Beziehung durch eine halbherzige Heirat zu verschlechtern.

Lars ehemalige Frau, selbst im therapeutischen Bereich tätig, schreibt sehr ausgiebig über den „reaktionären Charakter“ einer Ehe; sie versucht noch einige Klarstellungen bezüglich der Ehe mit Lars, u.a. schickt sie Lars die Rechnung über die Scheidungskosten mit. Bezüglich der Beziehung zwischen Lars und Marie-Ann kommt sie zu dem Schluß, daß es beiden eigentlich um Trennung gehe.

Wie Marie-Ann uns schriftlich mitgeteilt hat, kam es im Anschluß an den Brief von Lars Mutter zu einer Auseinandersetzung zwischen Lars und seiner Mutter, in der Lars seine Autonomie betonte und sich auf Marie-Anns Seite stellte. Marie-Ann sagt, dies sei alles, was sie gewollt habe, die Ehe sei für sie inzwischen nicht mehr wichtig. Darüber hinaus habe sich die Beziehung zwischen ihr und Lars geändert: Lars beteiligt sich mehr an der Hausarbeit und er habe die Verantwortung für die sexuelle Verhütung übernommen.

Lars bestätigt die Veränderungen, die von Marie-Ann berichtet wurden, schränkt aber ein, daß seine Auseinandersetzung mit seinen Eltern weniger dramatisch verlaufen sei, als von Marie-Ann berichtet.

C. Ein Fall von „psychotischem Identitätsverlust“

Wie auch dieser Neologismus zeigt, sind dem Erfindungsreichtum für Psychopathologisierungen keine Grenzen gesetzt. Ich hoffe jedoch, nicht jeder Leser nimmt mir diese weitere Ironisierung übel.

Die Familie, über deren Therapie hier berichtet werden soll, wurde von einer Schulpsychologin, die von unserer Arbeit gehört hatte, an uns überwiesen. Sie arbeitet in einer Stadt, die ca. 140 km von Marburg entfernt liegt. Aus diesem Ort kommt auch die Familie.

Der Familienvater hat die Familie bei uns angemeldet; er wurde aufgefordert uns vor Beginn der Therapie eine schriftliche Darstellung des Problems zuzusenden. Gut einen Monat vor der 1. Therapiesitzung erhielten wir folgenden Brief⁴:

Werter Herr Gester⁵,

telefonisch haben wir ja schon miteinander gesprochen, ich versuche nun brieflich unser Anliegen zu schildern.

Wir sind die Familie W..

Vater Helmut., 49 Jahre (Beamter, Feuerwehr)

Mutter Gertraud, 45 Jahre, Hausfrau

Berthold, 15 Jahre, Hauptschüler

Uwe, 13 Jahre, Hauptschüler.

Heirat 1966 - meine Ehefrau mußte ihre Heimat verlassen und nach R. ziehen⁶ (hat sich hier sehr schwer eingelebt; in den ersten Ehejahren oft Streit). Nach einer Fehlgeburt dann 1968 Geburt von Berthold - kleine Wohnung - kein Kinderzimmer. Berthold war ein unruhiges Kind, hat viel geschrien. Ich habe dann den Jungen oft auch ausgeschimpft und ihn auf den Po gehauen.

In der Begegnung mit anderen Kindern war Berthold ängstlich.

Nach zwei Jahren wurde Uwe geboren, Berthold wollte das Baby erst immer abschieben, hat sich dann daran gewöhnt und mit dem Baby gespielt - zumal meine Ehefrau und Berthold immer ein inniges Verhältnis hatten und haben.

Als Kleinkind hat Berthold sich viel für elektrische Leitungen interessiert, Lampen aus- und einschalten war seine liebste Beschäftigung.

Ein kleines Kissen, seine Heia, war sein ständiger Begleiter - es war dann so unansehnlich geworden, da habe ich es dann auf Anraten der Großmutter weggeworfen. Für Berthold war das ein Schock. Er hat sich dann nach ein paar Tagen eine Puppe gesucht, mit der er dann schlafen ging, auf Reisen und auch heute noch mit 15 Jahren muß die Puppe immer zur Schlafenszeit bei ihm sein. Im Alter bis zu 12 Jahren hat er sich oft mit seiner Puppe unterhalten, besonders vor dem Einschlafen.

Im Alter von 4 Jahren mußte Berthold wegen Operation im Rachenraum 4 Tage ins Krankenhaus - mit vielem Schreien und Gewalt ist er dann in sein Bettchen gegangen - Besuch war dann nicht erlaubt. Als ich nach 4 Tagen Berthold abholen durfte, lag er ganz apathisch da, erst als er sein Zeug, sah hat er sich schnell angezogen und das Krankenhaus wie im Sturm verlassen. Im Hause hat er sich dann immer am Rock meiner Frau festgehalten und ist ihr auf Schritt und Tritt gefolgt.

1972 dann Einzug in eine größere Wohnung, die Kinder bekommen ein eigenes Zimmer.

Berthold kam in den Kindergarten; Berti saß nur still in der Ecke, spielte nicht mit den anderen Kindern, nach einem Jahr, als Uwe dann auch in den Kindergarten kam, hat sich dann alles ge-

⁴ Der Brief ist sehr unleserlich und z.T. mit orthographischen und grammatikalischen Fehlern geschrieben. Er wird hier der Verständlichkeit halber verbessert wiedergegeben.

⁵ Das therapeutische Team setzte sich in diesem Fall zusammen aus: Peter W. Gester, Therapeut; Klaus G. Deissler, Live-Supervisor und Andrea Böhnke, Dieter Heim sowie Hilde Krott als Protokollanten.

⁶ Der Heimatort der Ehefrau liegt ca. 70 km vom jetzigen Wohnort R. entfernt.

bessert. Bei unseren vielen Besuchen bei den Großeltern, wo viele Kinder waren, die Berthold kannte, spielte er dann gerne und lebhaft mit ihnen.

Schulzeit.

Am Anfang große Schwierigkeiten sich mit der Lehrerin und den anderen Kindern zurechtzufinden. Schwierigkeiten beim Schreiben und Zeichnen (unleserlich), auch heute noch immer Drang nur auf der rechten Heftseite zu schreiben.

Lieblingsfächer Physik und Biologie- dort auch gute Noten.

Vom 7. Lebensjahr bis zum Alter von 13 Jahren waren wir mit Berthold in der Erziehungsberatungsstelle, dann beim schulpsychologischen Dienst in R. Die Gespräche mit den Therapeuten haben uns, den Eltern, und das Arbeiten in der Gruppe hat Berthold sehr geholfen. Die Leistungen von Berthold in der Schule wurden besser und er selber aufgeschlossener.

Vor einem Jahr war die Gruppenarbeit beendet. Gleichzeitig fand ein Lehrerwechsel statt. Berthold hatte einen guten Kontakt zu seiner Lehrerin - eine mütterliche aber auch resolute Frau, die ihn gut verstand. Die neue Lehrerin, jung, energisch, streng, und die Klasse wurde neu zusammengestellt (wenig alte Klassenkameraden) haben Berthold schwer belastet.

In den darauffolgenden Schulferien habe ich mit meinen 2 Jungen eine Radtour gemacht und dabei bei Berthold ein merkwürdiges Verhalten festgestellt: Vor dem Schlafengehen faltete er seine Hose immer wieder und wieder, um sie in eine bestimmte Lage zu bringen. Davor manchmal beim Essen machte er Bewegungen mit den Händen, als müßte er die Speisen durch Lücken heben. Wenn er sich unbeobachtet glaubte, machte er mit dem Kopf Bewegungen, als wollte er einen Gegenstand heraufziehen. Beim Aufsteigen und Wegfahren mit dem Fahrrad, sah es so aus, als wollte der den Gegenstand hinter sich her ziehen.

Nach langem Ausfragen, nach warum, sagte Berthold, er hätte kleine Mauern aufgebaut.

In der Schule gingen seine Leistungen zurück, sein Verhalten war dort auch komisch: Wenn er sich setzte oder aufstand, schwang er seine Beine über die Stuhllehne, als wenn er über eine Mauer steigen müßte. Auf dem Weg von der Wohnung zur Schule ging Berthold wie auf einer gezogenen Linie. Nach vielen Gesprächen mit Berthold und auch der Lehrerin, die sich sehr um Berthold bemüht, und zu der wir auch einen guten Kontakt haben, hat er dieses Verhalten wohl aufgegeben oder ein anderes dafür angefangen: Die Türen in den Zimmern müssen geschlossen sein, offene Türen stören ihn - und oftmaliges Händewaschen, 5 bis 6 Mal hintereinander sind keine Seltenheit. Man muß dann ein Machtwort sprechen, um ihn zum Aufgeben zu bewegen.

Seine Interessen: Ausgiebiges Spielen mit Lego, Basteln von Brücken, Seilbahnen, Zahnradübersetzungen, Lesen. Fragen über ein Gebiet, das seine Interesse geweckt hat - ausgiebig und intensiv.

Werter Herr Gester, ich komme nun zum Schluß und verbleibe mit freundlichen Grüßen bis zum Termin am ...

Helmut W.

Im Grunde genommen gibt dieser Brief schon genug Information über die Familie, um daraus eine Intervention ableiten zu können, obwohl die Darstellung des Vaters sehr stark auf die Symptome des Sohnes Berthold zentriert ist.

Das Erstinterview machte sich den vorliegenden Brief und seine Informationen zunutze, indem Suchrichtungen erstellt wurden, um zu fundierteren Informationen zu gelangen. Im einzelnen ergab das Interview folgende analogen Informationen:

1. Der Vater beantwortet fast alle Fragen; auch solche, die nicht an ihn gerichtet sind.
2. Die Mutter ist extrem zurückhaltend, fast schüchtern: Sie überläßt es dem Vater Fragen zu beantworten, auch solche die direkt an sie gerichtet sind. Sie begründet häufig Ihr Verhalten damit, daß sie etwas vergessen habe.
3. Berthold gibt fast gar keine Antwort auf Fragen, während Uwe zwar antwortet aber auch indirekt an den Vater zurückweist.
4. Berthold tut manchmal so., als habe er Fragen, die an Ihn gerichtet sind überhaupt nicht gehört, er starrt vor sich hin oder schaut Ins Leere. Dabei scheint die Mutter zu leiden, während der Vater sofort aktiv wird. Während der Stunde macht Berthold mehrfach imaginäre Bewegungen, als wolle er bestimmte Handlungen ausführen.

Zusätzlich zu den bereits im Brief des Vaters explizierten Informationen ergab das Interview folgendes:

1. Ab 1979 war Berthold 3 Jahre in Spieltherapie gewesen. Seine Symptome bestehen nach wie vor. Der Vater erklärt sich die imaginären Handlungen so: Berthold wolle einen Schutzwall um sich herum bauen.
2. Die Eltern haben deshalb relativ spät geheiratet (er mit 32 Jahren, sie mit 28 Jahren), weil sie nicht von Zuhause weg wollte (ihr Heimatort ist ca. 70 km von ihrem derzeitigen Wohnort entfernt). Sie hing sehr an ihren Eltern.
3. Frau W. habe sich nach Aussage des Vaters früher mit Berthold noch besser als heute verstanden. Herr W. habe beide Söhne gleich gerne.
4. Vor 4 Jahren sei der Vater von Frau W. gestorben. Die Oma habe danach allen Lebensmut verloren, Ihre Kinder und auch die Enkel könnten sie über den Verlust nicht hinwegtrösten.
5. Nach Meinung von Herrn W. hat seine Frau jedoch am meisten unter dem Tod ihres Vaters gelitten: Sie habe gefürchtet: „Wenn ihm was passiert, dreh' ich durch!“ Der verstorbene Opa sei ein stiller Mensch gewesen, ähnlich wie Frau W.. Außerdem habe er gerne gebastelt; er sei ein Tüftler gewesen.

In der Zwischenbesprechung berät das therapeutische Team ausgiebig über die zusätzlich gewonnene bzw. im wesentlichen bestätigte Information. Das Problem erscheint eindeutig; es gibt keine unterschiedlichen Konstruktionen des Problems durch die Teammitglieder. Da das Team jedoch fürchtet, bei einem direkten verbalen Kommentar durch bestimmte Manöver der Familie entwertet zu werden, beschließt das Team, das erarbeitete hypothetische Erklärungsmodell als „prozeßdiagnostischen Befund“ zu versenden. Danach wird der Familie mitgeteilt, daß der nächste Termin knapp 7 Wochen später sei und nur die Eltern kommen sollen und der „prozeßdiagnostische Befund“ wird angekündigt. Sofort danach verabschiedet sich der Therapeut.

Der Befund, der ein paar Tage später vom therapeutischen Team erarbeitet und schriftlich abgefaßt wurde, wird 5 Tage nach dem letzten Termin abgesandt.

Der Brief wird im Wortlaut wiedergegeben. Anschließend werden die Elemente der „systemischen Utilisierungstechnik“, die bei dieser Intervention genutzt wurden, zusammenfassend

dargestellt. Diese Elemente können weiter nach der Checkliste (vgl. Appendix III) aufgelöst werden.

Zunächst geben wir bei schriftlichen Interventionen eine Anweisung, wie, wann und von wem der Brief zu lesen ist. Unsere Anweisung lautete:

Sehr geehrter Herr W.,
anbei erhalten Sie wie angekündigt den diagnostischen Befund für Ihre Familie.
Wir möchten Sie bitten, wie folgt zu verfahren:
Erst am Samstagabend, den ... händigen sie den einzelnen Familienmitgliedern die versiegelten mit Namen versehen Briefumschläge aus. Dies soll kurz vor dem Abendessen geschehen, wenn die gesamte Familie zum Essen versammelt ist. Erst dann werden die Umschläge geöffnet auch Ihren eigenen Umschlag öffnen Sie erst dann.
Sobald jedes Familienmitglied seinen Brief aus dem Umschlag herausgenommen hat, lesen Sie Ihren Brief laut und langsam vor, während die anderen Familienmitglieder ihr eigenes Exemplar leise mitlesen. Bitte sorgen Sie dafür, daß Sie nicht unterbrochen werden. Nach der Verlesung können Sie das Abendessen einnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Peter W. Gester
i.A. des therapeutischen Teams

Der Brief selbst lautete:

Sehr geehrte Familie W.,

wie wir bei Ihrem Besuch in Marburg angekündigt haben, schicken wir ihnen den diagnostischen Befund:
Sie, Herr W., lieben Ihre Frau und Familie sehr. In großen wie in kleinen Dingen sorgen Sie für Ihre Familie, so wie es nur wenige Familienväter tun. Dies tun Sie seit Beginn Ihrer Ehe.
Bei Ihnen, Frau W., ist das genauso. Nur haben Sie bei der Heirat sehr unter der Trennung von Ihren Eltern gelitten, insbesondere Ihrem Vater (dem Opa). Sie haben weiterhin das Opfer gebracht, dem Beruf Ihres Mannes zuliebe, Ihre geliebten Eltern zu verlassen.
Sie, Frau W., waren immer sehr still, wie Ihr Vater (der Opa) und aus Liebe zu Ihrem Mann und um ihn nicht zu beunruhigen, haben Sie ihm immer verschwiegen, wie sehr Sie unter der Trennung von Ihren Eltern, insbesondere Ihrem Vater (dem Opa), leiden.
Du, Berthold, hast diese Tatsachen schon als kleines Kind gespürt. Deshalb hast Du Dich frühzeitig entschlossen, Deine Mutter über die Trennung von Ihren Eltern hinwegzutrusten. Dabei hast Du ohne Rücksicht auf Dich selbst Deine eigene Entwicklung dem Trost Deiner Mutter geopfert.

Als Sie, Frau W., ahnten, daß Ihr Vater sterben würde, bekamen Sie Angst, verrückt zu werden, da Sie befürchteten, die Trauer um seinen Tod nicht ertragen zu können. Zudem machten Sie sich Sorgen, ob Ihre Mutter den Tod Ihres Vaters überleben würde. Nach dem Tod des Opas haben Sie sich auch wieder entschlossen, diesen Schicksalsschlag still zu ertragen.

Dies alles hast Du, Berthold, genau erspürt und hast Dich zu der einzigen Möglichkeit entschlossen, die es gibt, sowohl Deine Mutter als auch Deine Großmutter zu trösten: Nämlich für Deine Mutter verrückt und mit dem Großvater gleich zu werden, seine Eigenschaften und Verhaltensweisen anzunehmen (Tüfteln, sich still Zurückziehen usw.). Deine ständigen Hand- und Fingerbewegungen geben auch davon Ausdruck, daß Du das handwerkliche Geschick Deines Opas zum Troste Deiner Mutter und Großmutter übernommen hast.

Du, Uwe, hast Dich entschlossen, Deinen Eltern bei Ihren Problemen dadurch zu helfen, daß Du der Sonnenschein der Familie bist.

Das therapeutische Team ist von der wechselseitigen Sorge in Ihrer Familie tief beeindruckt. Wir haben insbesondere großen Respekt vor dem großen Opfer, das Berthold zum Trost von Mutter und Oma erbracht hat.

Deshalb können wir nicht verlangen, daß Du, Berthold, Dein Verhalten änderst oder sogar aufgibst, sondern ganz im Gegenteil:

Wir möchten Dir die Aufgabe geben, Deine Opferhaltung aufrechtzuerhalten und Dich zumindest in Gegenwart Deiner Mutter und Großmutter genauso wie Dein Großvater zu verhalten, bis man keinen Unterschied mehr merkt.

Mit freundlichen Grüßen

Peter W. Gester, Dipl.-Psych.
i.A. des therapeutischen Teams

Die hier angewandte **systemische Utilisierungstechnik** setzt sich wie folgt zusammen:

1. Die Anweisung zum Verlesen des Briefes impliziert **eine ritualisierte Verschreibung**, die das **Aktivitätsmuster** (Sprech-Schweigemuster) der Familie utiliziert: Der Vater muß den Brief vorlesen, alle anderen müssen Zuhören. Durch das anschließende gemeinsame Abendessen ist gewährleistet, daß alle gemeinsam die Verschreibung auch „schlucken“ und danach über einen etwas längeren Zeitraum „gemeinsam verdauen“ („**metaphorische oder symbolische Utilisierung**“).
2. Das gesamte Kommunikationsmuster der Familie wird **positiv konnotiert** (z.B.): Wechselseitige Liebe, Aktivität des Vaters, Trennungsschmerz der Mutter, Opferleistung Bertholds, Leistung Uwes usw.
3. Die gesamte Problematik, die die Familie als Problem darstellt, wird akzeptiert, jedoch **neukontextualisiert**, indem die Ursprungsfamilie der Mutter mit einbezogen wird: Großeltern, Eltern, Berthold.
4. Schließlich wird das **neukontextualisierte problemformende Wirkungsmuster durch Verschreibung utiliziert**: „In Gegenwart zumindest der Mutter und der Großmutter soll sich Berthold wie der Großvater verhalten bis kein Unterschied mehr festzustellen ist“. Dies entspricht einer erhöhten Anforderung bei der implizierten Fortsetzung des Verhaltens von Berthold.

Knapp eine Woche später rief die überweisende Kollegin an und teilte uns mit, Herr W. habe sie besucht, ihr unser Schreiben gezeigt und es mit ihr besprochen. Er habe ihr berichtet, daß die Familie durch unseren Brief total verwirrt sei. Insbesondere sei Berthold verwirrt: Er würde z.B. fragen, ob er nun verrückt sei und ins Psychiatrische Krankenhaus müsse. Herr W. wundere sich auch darüber, daß nur die Eltern zur nächsten Sitzung kommen sollten.

Der Meinung der überweisenden Kollegin nach hätten wir mit dem, was wir in dem Brief der Familie mitgeteilt hätten, den Nagel auf den Kopf getroffen. Über Jahre habe sie genau das, was wir der Familie mitgeteilt hätten, gedacht, aber nicht gewußt, wie sie es der Familie mitteilen konnte. Schließlich habe sie Herrn W. aufgefordert über den Inhalt des Briefes nicht mit ihr, sondern mit uns zu sprechen.

Zur zweiten Sitzung kam das Ehepaar W. wie verabredet alleine. Das Paar wirkte auf uns absolut nicht verwirrt, sondern im Gegenteil eher ausgeglichen. Mag sein, daß die inzwischen vergangenen Wochen bereits die Wirkung des Briefes gemindert hatten. Die Redebeiträge waren eher gleich verteilt.

Ohne direkt danach gefragt zu sein, ließ Herr W. die Äußerung fallen, daß Berthold ruhiger geworden sei, nicht mehr so herumzappele und keine „Fiesematenten“ mehr mache (imaginäre Handlungen); auch der Oma, die sie z. Zt. besuchten, sei dies aufgefallen. Allerdings sei Berthold schockiert, daß er sich dem Brief zufolge so verhalte wie sein Großvater. Er frage manchmal, ob er geistig verrückt sei. Frau W. bestätigte die Beobachtungen ihres Mannes, gab jedoch hinsichtlich der Besserungen zu bedenken, daß z.Zt. Ferien seien und das Verhalten Bertholds bei Beginn der Schule wieder auftreten könne. Aber Berthold sei tatsächlich ruhiger geworden.

Herr W. ergänzte noch, daß seine Frau vermutlich auch durch den Brief schockiert gewesen sei. Frau W. bestätigte dies: Das Wort verrückt sei so komisch gewesen.

Die weiteren Themen der Stunde waren:

- wie sich beide Partner kennengelernt haben,
- die heutige Beziehung der beiden zur Mutter von Frau W.,
- das sexuelle Verhältnis der beiden.

Im wesentlichen ergab das Interview keine neuen Erkenntnisse: Die Hypothesen, daß Frau W. heute noch um ihre Heimat trauert, Herr W. bis heute bemüht ist, seiner Frau die Trennung von ihrem Elternhaus auf Kosten seines eigenen psychischen Wohlbefindens zu erleichtern und beide kaum dazu in der Lage sind, über ihr sexuelles Verhältnis zu sprechen, wurden bestätigt.

Die Intervention im Anschluß an die zweite Sitzung wurde der Familie wieder schriftlich zugeschickt. Sie ist im Tenor der ersten Intervention ähnlich, betont jedoch mehr die Trostfunktion von Frau W. für ihre Mutter, sowie die Trostfunktion von Berthold für seine Mutter. Darüber hinaus werden in dem Brief einige Rückfälle von Berthold prognostiziert. Außerdem wird der Familie empfohlen, auch diesen Brief nochmals mit der Schulpsychologin zu besprechen und sie um Rat zu bitten.

Zur nächsten Sitzung werden die Kinder wieder mit eingeladen. In dieser Sitzung konnten die bis dahin erzielten therapeutischen Wirkungen bestätigt werden.

Die Therapie wurde nach der vierten Sitzung beendet.

Die Schulpsychologin berichtete uns danach über weitere Symptomreduktionen bei Berthold, die von mehreren Lehrern bestätigt worden seien.

Zieht man ein Fazit aus dieser Therapie, kann man davon ausgehen, daß insbesondere durch die erste Intervention eine „systemische Konfusion“ ausgelöst wurde (vgl. den ersten Bericht der Schulpsychologin). Das therapeutische Team stellte außerdem die Hypothese auf, daß diese Konfusion durch die weiteren Interventionen verstärkt und eine autonome Umgestaltung der Wirkungsmuster innerhalb der Familie (autosystemische Transformation) ausgelöst wurde.

5. Zukünftige Forschung

1978 habe ich an einer Schule eine Untersuchung durchgeführt, die die quantitative Überprüfung paradoxer Interventionen bei Sprechängsten von Schülern vor ihren Kameraden zum Objekt hatte. Die Ergebnisse dieser Untersuchung habe ich aus verschiedenen Gründen bis heute nicht veröffentlicht. Der wichtigste Grund ist, daß ich durch diese Untersuchung bedingt zu der Erkenntnis gelangte, daß quantitative Untersuchungsmethoden bei der genauen Überprüfung von systemischen Therapieeffekten grundfalsch sind.

Um dies näher zu erläutern, möchte ich zunächst die wichtigsten Schlußfolgerungen, die ich persönlich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung abgeleitet habe, zusammenfassen:

1. Quantitative Tests zur Überprüfung von graduellen Unterschieden bei der Ausprägung von Angstparametern sind leicht zu konstruieren und weisen nach entsprechender Aufbereitung hohe Testgütekriterien auf.
2. Standardisierte paradoxe Verfahren, die bei Personengruppen angewandt werden, welche aufgrund quantitativer Kriterien zusammengestellt wurden (bezüglich statistischer Parameter vergleichbare Kontrollgruppen), lassen sich in ihren Effekten nicht genauer analysieren. Die standardisierten Verfahren streuen in ihren quantitativen Effekten relativ breit, weisen aber keine signifikanten Mittelwertsunterschiede auf, u.a. weil sie die jeweiligen „qualitativen“ Voraussetzungen der Probanden nicht berücksichtigen, sondern lediglich Ausprägungsgrade von bestimmten Parametern.
3. Unerfahrene Therapeuten, auch wenn sie in die einzelne Technik eingewiesen wurden und mehrere Übungsstunden in diesen Techniken absolvieren, können den Standardisierungseffekt (vgl. 2.) nicht kompensieren, da sie zum einen an das Standardverfahren gebunden sind und zum anderen mögliche konstruktive Einflußgrößen in ihren Effekten nicht abschätzen können, um sie konstruktiv weiterzuverwenden.
4. Der wichtigste Nachteil standardisierter paradoxer Verfahren liegt darin, daß der „relationale bzw. systemische Kontext“ unberücksichtigt bleibt und damit die „systemischen Wirkungsmuster“, dessen konstituierender Bestandteil die individuelle Symptomatik ist, als Einflußnetzwerk vernachlässigt wird. Gerade die kontextuellen Wirkungsmuster sind es jedoch, die bei paradoxen Verfahren berücksichtigt werden müssen, um therapeutisch effizient arbeiten zu können. Die systemische Utilisierungstechnik stellt ein Verfahren dar, das dieser Anforderung gerecht wird.

Mein Fazit lautet demzufolge: Quantitative Untersuchungen, die nach dem Modell der „isolierten Variation von Variablen“ konzipiert sind und versuchen, Wirkvariablen herauszupartialisieren, sind zumindest für therapeutisch-praktische Zwecke wenig nützlich, wenn systemische Prozesse evaluiert werden sollen.

Wenn man dieses Fazit als richtig akzeptiert, stellt sich die Frage, wie denn nun systemische Wirkungsmuster erfaßt werden können. Zunächst sei festgehalten, daß es sich um die Untersuchung von fließenden Beziehungsmustern handeln muß, da systemische Interventionen in diese Muster eingreifen. Ich glaube, daß wir in diesem Bereich noch am Anfang einer wissenschaftlichen Entwicklung stehen, vermute aber, daß die ersten Schritte in diese Richtung bereits voll-

zogen wurden. Dazu möchte ich lediglich einige Ansätze nennen, von denen ich glaube, daß sie zukünftige Forschungsrichtungen mitbestimmen werden: SPENCER-BROWN, G. ((1979) a.a.O.), VARELA, F. ((1975) a.a.O.), TAYLOR, W.R. (1979) und PEARCE, W.B. & CRO-NEN, V.E. (1980)). Diese Modelle haben eines gemeinsam: Sie machen die Darstellung rekursiver Prozeßmuster möglich, mit deren Hilfe Beziehungen in natürlichen Gruppen dargestellt werden können. Die genannten Modelle sind jedoch noch nicht soweit ausformuliert, daß sie für praktische Zwecke direkt anwendbar sind. Ihre Weiterentwicklung ist also noch notwendig.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, daß der Therapeut sowie der „teilnehmende Beobachter“ sich selbst auch bei den genannten Modellen mit in die Betrachtung einbeziehen muß, um zu einer zirkulären bzw. rekursiven Einschätzung der fließenden Wirkungsmuster zu gelangen. Das heißt schließlich auch, daß der Therapeut sein Handeln, d.h. seine therapeutische Kunstfertigkeit, an den systemischen Wirkungsmustern ausrichten muß, die er mitformt.

6. Therapeutische Ethik

Es gibt wohl kein therapeutisches Verfahren, das in ethischer Hinsicht so angegriffen wurde oder wird, wie die sogenannten paradoxen Verfahren. Woran liegt das?

Die Antwort ist einfach, das Problem kompliziert.

Je effizienter therapeutische Verfahren sind, desto eher werden sie verdächtigt, manipulativ zu sein. In deutschsprachigen Ländern ist man in dieser Hinsicht besonders wachsam: Die Ursprungssprache der Psychoanalyse ist ja die deutsche Sprache. Deshalb sehen viele analytisch orientierte Psychotherapeuten hierzulande ihr Denken und Handeln bedroht, wenn neue effiziente Verfahren - so auch paradoxe - sich anschicken, den herkömmlichen therapeutischen Methoden den Rang abzulaufen. Es ist dann kein Wunder, wenn Kritiker der paradoxen Verfahren diese an ihrer empfindlichsten Stelle angreifen. Effiziente Verfahren haben eine entscheidende empfindliche Stelle - nämlich ihre Effizienz: Die Stärke dieser Verfahren ist ihre Schwäche.

Nehmen wir ein Beispiel: Ein Messer kann man benutzen, um Holz zu schnitzen, Brot zu schneiden, Fleisch zu zerlegen, aber auch - niemand kann das bezweifeln - einen Menschen umzubringen.

Therapeuten, die sich um Effizienz bemühen, werden früher oder später mit einer zentralen Frage konfrontiert, über deren Bedeutung bisher nur Wenige nachgedacht haben: Was sind das eigentlich für Menschen, die sich selbst als Mittel der Veränderung einsetzen, um bei anderen Menschen eben diese Veränderung auszulösen - und zwar so, daß es hilfeschenden Menschen, die vorher Probleme hatten, nach der Therapie tatsächlich besser geht? Darüber hinaus werden sich die meisten Außenstehenden fragen, was da vor sich geht, wenn bei Interventionen genau das verschrieben wird, was der eigenen Denkweise widerspricht - das muß doch unmoralisch oder zumindest hinterlistig sein, oder etwa nicht?

Meine eigene therapeutische Arbeit ist mit Etiketten wie „Technizismus“, „kalter Intellektualismus“ oder „Menschenverachtung“ belegt worden, auch wenn es den Klienten, die ich behandelt habe, nach der Therapie wesentlich besser ging. Die Wirkung meiner therapeutischen Arbeit spielte bei der Beurteilung meiner Arbeit keine Rolle. Es ging um meine Werthaltung: Darf man Menschen therapeutisch manipulieren - und zwar so gut, daß es ihnen nachher gut geht? Ginge es ihnen nachher schlechter oder wenigstens gleich gut, würde man die ganze Sache nicht ernst nehmen - aber so ... ?

Ich wüßte nicht, wie ich jemandem, der meine therapeutische Arbeit beobachtet und meine Integrität bezweifelt, davon überzeugen könnte, daß ich natürliche Prozesse, insbesondere menschliches Leben respektiere - in welcher Organisationsform es auch vorkommen mag, und

daß ich mich darum bemühe, möglichst vorurteilsfrei - wenn man so will - wohlwollend neutral meinen Mitmenschen, die als Klienten zu mir kommen, gegenüberzutreten versuche, um therapeutisch dann das zu tun, was ich vor mir selbst, meinen Klienten und meinen anderen Mitmenschen - auch meinen Kritikern - therapeutisch verantworten kann.

Der für mich entscheidende Punkt liegt jedoch woanders. Thomas SZASZ hat in seinem Buch über den Mythos der Psychotherapie (1979) implizit darauf hingewiesen:

Franz Anton MESMER kann man heute als den Vater der modernen Psychotherapie ansehen. Das ist eine späte Anerkennung seiner Arbeit. Aber MESMER machte ein paar Fehler in seinen therapeutischen Bemühungen. Heutzutage werden diese Fehler von Therapeuten immer noch begangen.

Ich möchte den Leser an MESMERs Patientin Maria Theresa PARADIES erinnern. Diese junge Frau - eine exzellente Klavierspielerin⁷ - litt unter „hysterischer Blindheit“. MESMER behandelte sie erfolgreich, aber er respektierte zwei Aspekte, die den Kontext dieser Therapie mitgestalteten, nicht:

- ihre Familie (ökologischer Kontext seiner Patientin)
- seine Kollegen (professioneller Kontext MESMERs)

Deshalb war das Ergebnis seines größten Erfolges sein größtes Versagen: Seine neidischen Kollegen warnten ihre Familie davor, daß ihre Tochter ihre Pension, die sie von der Kaiserin erhielt, verlieren würde. Daraufhin wurde ihre Familie böse auf MESMER, Fräulein PARADIES fühlte sich, nachdem sie wieder sehen konnte, schlechter als vorher, sie spielte schlechter Klavier und eine Kampagne gegen MESMER wurde von seinen medizinischen Kollegen eingeleitet. Schließlich verließ MESMER Wien.

Was sagt uns die **Paradies-Metapher** (vgl. a. ZWEIG, S. (1983)). Ich denke es ist folgendes: Therapeuten, die versuchen, mit Hilfe ihrer therapeutischen Arbeit Macht zu gewinnen, müssen Schiffbruch erleiden. Man kann BATESON paraphrasieren und sagen, daß diese Therapeuten nicht bemerken, daß sie ihrerseits nur Teile von evolvierenden Systemen höherer Ordnung sind, die man nicht einseitig und linear nach dem Konstrukt der Macht manipulieren kann.

⁷ Von Mozart sagt man, er habe ein Klavierkonzert für sie geschrieben.

BIBLIOGRAPHIE

- BATESON, G. (1972): Steps to an ecology of mind. Ballantine, New York.
- BATESON, G. (1969): Double Bind, 1969. In: SLUZKI, C.E. & RANSOM, D.C. (1976).
- BATESON, G. (1972): The Logical Categories of Learning and Communication. In: BATESON, G. (1972): loc. cit.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J. & WEAKLAND, J. (1956): Toward a Theory of schizophrenia. In: Behavioral Science, 1: 251-264.
- BERGER, M.M., ed. (1978): Beyond the Double Bind. Communication and Family Systems, Theories, and Techniques with Schizophrenics. Brunner & Mazel, New York.
- PEARCE, W.B. & CRONEN, V.E. (1980): Communication, Action, and Meaning: The Creation of Social Realities. Praeger, New York.
- DEISSLER, K.G. & GESTER, P.W. (1983): Autosystemic Transformation. Trance Phenomena, Systemic Transformation or Utilization in Family Therapy.
Paper presented at the 2nd International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy. Nov. 30. - Dec. 4. 1983, Phoenix Arizona.
- DEISSLER, K.G. (1981): Anmerkungen zur ökosystemischen Sichtweise der Psychotherapie. In: Familiendynamik, 6: 158-175.
- DEISSLER, K.G. (1985): Zirkuläres Befragen als Rekursive Informationsschöpfung. Regeln zur Entwicklung problemrelevanter Fragen im kokreativen Prozeß der systemischen Familientherapie. (in Vorbereitung).
- DELL, P.F.(1982): Beyond Homeostasis: Toward a Concept of Coherence. In: Family Process, 21: 21-41.
- ERICKSON, M.H. (1964): The Confusion Technique in Hypnosis. In: American Journal of Clinical Hypnosis, 6: 183-207.
- ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1975): Varieties of Double Bind. In: American Journal of Clinical Hypnosis, 17: 143-157.
- ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1979): Hypnotherapy. An Exploratory Casebook. Irvington, New York. Family Process 1982, 21: 391-434.
- HALEY, J. (1959): The Family of the Schizophrenic: A Model System. In: Journal of Nervous and Mental Disease, 129: 357-374.
- HALEY, J. (1961): Strategies of Psychotherapy. Grune & Stratton, New York.
- HALEY, J. (1973): Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson. Ballantine, New York; dtsh: Die Psychotherapie Milton Ericksons. Pfeifer, München.

- HALEY, J. (1976): Problem Solving Therapy. Harper & Row, New York.
- HALEY, J. (1980): Leaving Home. The Therapy of Disturbed Young People. McGraw-Hill, New York.
- HOFFMAN, L. (1981): Foundations of Family Therapy. A Conceptual Framework for Systems Change. Basic Books, New York.
- HOFFMAN, L. (1982): A Co-Evolutionary Framework for Systemic Family Therapy. Unpublished Paper.
- JANTSCH, E. (1982): Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist. dtv, München.
- KEENEY, B.P. (1979): Ecosystemic Epistemology: An Alternate Paradigm for Diagnosis. In: Family Process, 18: 117-129.
- KEENEY, B.P. (1982): Ecosystemic Epistemology: Critical Implications for the Aesthetics and Pragmatics of Family Therapy. In: Family Process, 21: 1-19.
- MATURANA, H.F. (1982): Erkennen: Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig.
- PENN, P. (1982): Circular Questioning. In: Family Process, 21: 267-280.
- ROSSI, E.L. (1980): The Collected Papers of Milton H. ERICKSON Vol. I-IV. Irvington, New York.
- RUESCH, J. & BATESON, G. (1951): Individual, group and culture. A review of the theory of human communication. In: RUESCH, J. & BATESON, G. (1951): Communication. The Social Matrix of Psychiatry. Norton, New York.
- DeSHAZER, S. (1982): Patterns of Brief Family Therapy. An Ecosystemic Approach. Guilford, New York.
- SCHULTZ, I.H. (1966): Das autogene Training. Versuch einer klinisch praktischen Darstellung. Thieme, Stuttgart.
- SELVINI PALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G. & PRATA, J.(1978): Paradox and Counterparadox. Jason Aronson, New York.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, J. (1980): Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the conductor of the session. In: Family Process, 19: 3-12.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1980): Why a long interval between sessions? The therapeutic control of the family-therapist suprasystem. In: ANDOLFI, M. & ZWERLING, I. (eds., 1980): Dimensions of Family Therapy. Guilford, New York.
- SHANDS, H.C. (1971): The War with words. Mouton, The Haag.
- SLUZKI, C.E. & RANSOM, D.C. (eds.1976): Double Bind: The Foundation of the communicational approach to the family. Grune & Stratton, New York.

SPENCER-BROWN, G. (1979): Laws of Form. Dutton, New York.

STIERLIN, H. (1982): Familientherapie - Wissenschaft oder Kunst? (engl.: Family Therapy - Science or Art?). Opening lecture at the 4th Annual Meeting of the „German Association for Family Therapy“ (DAF) in Marburg, 6th - 10th October, 1982. In: Familiendynamik 1983, 8: 364-377.

SZASZ, T. (1974): The Myth of Mental Illness. Harper & Row, New York.

SZASZ, T. (1979): The Myth of Psychotherapy. Mental Healing as Religion, Rhetoric and Repression. Oxford University Press, Oxford.

TAYLOR, W.R. (1979): Using Systems Theory to Organize Confusion In: Family Process, 18: 479-488.

THOMAS, K.T. (1972): Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trainings. Thieme, Stuttgart.

VARELA, F. (1975): A Calculus for Self-Reference. In: International Journal of General Systems, 2: 5-24.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. & JACKSON, D.D. (1967): Pragmatics of human communication. Norton, New York.

WEEKS, G.R. & L'ABATE, L. (1982): Paradoxical Psychotherapy: Theory and Practice with Individuals, Couples, and Families. Brunner & Mazel, New York.

ZWEIG, S. (1983): Die Heilung durch den Geist. Fischer, Frankfurt.

KONTEXTUELLE THERAPIE

EIN INTERVIEW MIT IVAN BOSZORMENYI-NAGY¹

VORWORT

Der gebürtige Ungar Ivan BOSZORMENYI-NAGY gilt bei vielen als einer der Hauptvertreter der Mehrgenerationen-Familietherapie. Sein Interesse an Familietherapie entstand durch seine frühe Beschäftigung mit Psychotikern. Hieraus entwickelte er ein integratives Modell für Psychotherapie, die kontextuelle Therapie.

In seinem zusammen mit Geraldine SPARK 1973 veröffentlichten Buch Invisible Loyalties bezeichnete er als seine geistigen Väter besonders Martin BUBER, Sigmund FREUD, Mahatma GANDHI, G.W.F. HEGEL, R. FAIRBAIRN, Konrad LORENZ und Thomas SZASZ.

BOSZORMENYI-NAGY gründete 1957 eines der ersten Zentren, in denen Familietherapie entwickelt wurde, das Department of Family Psychiatry in Philadelphia. Zu den bekannteren Familietherapeuten, die aus diesem Projekt hervorgingen, gehören u.a. J.L. FRAMO, Gerald H. ZUK, David RUBINSTEIN, Geraldine M. SPARK. In Deutschland sind u.a. die Arbeiten von Eckhardt SPERLING und Helm STIERLIN von NAGY beeinflusst.

Dieses Interview, das u. E. den gegenwärtigen theoretischen Standpunkt von Dr. NAGY relativ klar wiedergibt, wurde während eines zweitägigen Workshops mit ihm am 25.11.1980 in Göttingen von Gisela Baethge (gb) aus Göttingen, Klaus Deissler (kd) aus Marburg und Günter Reich (gr) aus Göttingen durchgeführt. Es dauerte ca. 50 Minuten. Das Interview wurde von Günter Reich übersetzt und das Vorwort von Gisela Baethge und Günter Reich verfaßt. Vorwort und Übersetzung wurden Prof. BOSZORMENYI-NAGY vor dem Druck zur Korrektur vorgelegt².

INTERVIEW MIT IVAN BOSZORMENYI-NAGY

gr: Herr BOSZORMENYI-NAGY, wenn ich Sie recht verstehe, haben Sie mit Ihrer Theorie, wie Sie sie in „Invisible Loyalties“ und der gestrigen Diskussion dargestellt haben, ein univer-

¹ Original in: KONTEXT 1982, 5: 73-89.

² Eine kleine Anmerkung im nachhinein möchte ich noch machen: Frau SELVINI sagte in ihrem Interview sinngemäß, daß sie wenig von NAGY gelernt habe (vgl. Kapitel * pathos *). Meines Erachtens wird aber hier deutlich, daß sowohl der Interviewstil (vgl. Zirkuläres Fragen) als auch die positive Konnotation Elemente sind, die bei NAGY zumindest implizit vorhanden sind (kd).

selles Erklärungsmodell für psychische Störungen entworfen. Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht das Problem der Indikation? Gibt es noch eine Indikation für Einzeltherapie? Gibt es eine Kontraindikation für Familientherapie?

bn: Ich nenne meinen Ansatz jetzt „kontextuelle Therapie“ (contextual therapy), nicht Familientherapie. Das heißt im wesentlichen, daß ich als Therapeut in einer vertraglichen Beziehung zu jedem stehe, dessen Leben von meiner Arbeit betroffen wird, ob ich ihn je sah oder nicht. Auch wenn ich nur mit einer Person Kontakt habe, werden bedeutsame Beziehungspersonen dieser einen Person von meiner Arbeit betroffen. Daher gibt es keine Unterscheidung von individueller und Familientherapie mehr. Die Frage ist, ob man sich um jeden kümmert, der durch seine Arbeit betroffen sein könnte oder nicht.

Die kontextuelle Therapie sorgt sich nach meiner Definition um jeden, der betroffen wird. Es gibt keinen Unterschied mehr zwischen individueller und Familientherapie. Es gibt nie eine Kontraindikation dagegen, für die Ergebnisse der eigenen Arbeit Verantwortung zu tragen.

gb: Und zu dem Problem, daß überhaupt keine Veränderung eintritt, gibt es solche Fälle für Sie?

bn: Nun ja, wenn man nicht weiß, wie man einen chirurgischen Eingriff macht, kann man bei einer Blinddarmentzündung entweder gar nichts tun oder man ergreift ein Messer, fängt einfach an, herumzuschneiden, wo immer man kann. So kann man sogar Schaden anrichten oder man kann nutzlos sein. Je mehr man weiß, desto hilfreicher ist man. Worauf ich hinaus will ist dies:

Wenn man das Leben einer Person beeinflusst, hört der Effekt nicht bei dieser Person auf; dies ist z.B. besonders in der sogenannten Ehetherapie bedeutsam. Wenn die Leute kleine Kinder haben, könnten sie sagen: „Oh, den Kindern geht es gut.“ Was heißt das? Wenn es zur Scheidung kommt, sind die Kinder stärker betroffen als die Erwachsenen. Deshalb würde der „kontextuelle Therapeut“ es nie so hinnehmen, wenn gesagt wird: „Oh, den Kindern geht's gut. Hilf uns nur in unserem Kampf.“ Weil die Kinder mehr Hilfe benötigen. Denn sie werden betroffen, ob ich sie persönlich kenne oder nicht. Auch wenn nur Mann und Frau persönlich teilnehmen, kümmere ich mich dennoch um die Kinder, weil sie von dem, was passiert, am meisten betroffen werden, ob die Therapie nun erfolgreich ist, kein Ergebnis oder ein schlechtes Ergebnis hat. Vielleicht habe ich aber Ihre Frage hiermit nicht beantwortet.

gb: Doch. Und damit komme ich auch gleich zur nächsten Frage: Bei welchen Konflikten arbeiten Sie mit Subsystemen?

bn: Das ist lediglich eine technische Frage, weil man mit jedem „arbeitet“, für den man sich verantwortlich fühlt. Wir kommen damit auf den vorigen Punkt zurück. Ich arbeite stets mit jedem, auch wenn ich z.B. nie den Vater oder die Mutter der Person sehe, mit der ich direkten Kontakt habe.

Z.B. ich stelle die Frage: „Nun wie kommt es, daß Sie über ein halbes Jahr überhaupt nicht Ihre Mutter angerufen haben? Was hat Sie das letzte Mal gesagt? Was können Sie Ihrer Mutter erzählen?“

Ich sehe die Mutter nie, aber ich mache mir Gedanken um sie, deshalb „arbeite“ ich auch mit ihr.

Ich entschlöße mich, die Person getrennt zu sehen, wie heute morgen oder heute nachmittag³. Da habe ich mich entschlossen, die Frau nicht in die Familie ihres Ehemannes einzubeziehen, weil hier weniger Interferenzen mit der Loyalität gegenüber dem Vermächtnis oder Loyalität gegen das Vermächtnis in dieser Familie zustande kommen. Die Ehefrau würde natürlicherweise aus dem Vermächtnis ihres toten Vaters loyal sein. Aus diesem Grunde würde sie in Gegnerschaft zu ihrem Mann und seinen Eltern stehen. Würde man jetzt die Frau hier einbeziehen, würde das den Prozeß verlangsamen, die Vermächtnisse dieser beiden Familien zu untersuchen, vor allem, wenn die Scham angesprochen würde. Die Familie des Mannes hat keinen Grund, in der Gegenwart der Ehefrau, die kein Mitglied dieser Familie ist, über schambe-setzte Dinge in der Familie zu sprechen.

Ich biete auch den Eltern, die kleine Kinder haben, an, mit mir ohne die Kinder über Details ihres Sexual- oder Intimlebens zu sprechen, weil es für kleine Kinder unangemessen ist, hier dabei zu sein, und ich biete auch jungen Heranwachsenden oder jungen Erwachsenen Gespräche getrennt von der übrigen Familie an, weil es unangemessen ist, sie in Gegenwart der Eltern über ihre persönlichen, sexuellen etc. Probleme sprechen zu lassen.

Daher biete ich ein-, zweimal separate Gespräche an, so oft es nötig ist. Ich betrachte dies allerdings weder als Familientherapie noch als Einzeltherapie. Ich kümmere mich um alle. Aber ich respektiere die Privatsphäre, wo es angemessen ist; das ist die Leitlinie. Vertraulichkeit oder separate Vermächtnisse sind zwei Gründe, derentwegen man die anderen Mitglieder nicht immer mit einschließt.

gb: Wie sehen Sie in Ihrem familientherapeutischen Modell das Verhältnis von interpsychischen und intrapsychischen Prozessen?

bn: Nun, das ist nicht mein Modell. Mein Modell stützt sich sehr stark auf das, was ich die „Ethik der Beziehungen“ nenne. Die Ethik existiert. Das Wort Ethik in dem Sinne, in dem ich es gebrauche, bedeutet: Das, was ich in unserer Beziehung tue, hat eine Wirkung auf dein Leben, dein Tun beeinflusst mein Leben. Das nenn' ich Ethik. Z.B.: wenn ich ein fünfjähriges Kind veranlasse, gegen seine Eltern zu sprechen, würde ich sagen: „Erzähle mir, was deine Eltern dir antun. Wie verletzen sie dich? Welche schlimmen Dinge stellen deine Eltern an?“

Dann fordere ich das kleine vier- oder fünfjährige Kind auf, gegenüber seinen Eltern illoyal zu sein, sich an mich zu wenden und über seine Eltern zu berichten. Für mich ist es wichtig, so etwas zu vermeiden. Wenn man einem psychologischen Modell folgte, würde man denken: „Das macht doch nichts, weil man das Kind dahin bekommen will, seine Gefühle und Ansichten über seine Eltern auszudrücken.“ Aber wenn man ethisch denkt, sagt man: „Ich sollte es so machen, daß das Kind seiner Familie gegenüber nicht illoyal wird. Man würde die Frage deshalb folgendermaßen stellen: „Wie versuchst du deinen Eltern zu helfen?“ Wenn man das Kind auf diese Weise fragt, nähert man sich ihm schon von der Loyalitätsseite her an. Das Kind wird dieselben Informationen geben, aber den Eltern gegenüber nicht illoyal sein.

Die Tatsache, daß man sich um die Loyalität des Kindes kümmert, nicht um das Loyalitätsgefühl, ist die ethische Leitlinie. Loyalität und Loyalitätsgefühl sind zwei unterschiedliche Konzepte. Z.B. mag sich ein Kind rasend wütend auf die Eltern fühlen. Aber wenn ein Fremder da ist, wird das Kind nicht gegen die Eltern sprechen mögen. Das ist kein Loyalitätsgefühl, das ist Loyalität. Sein Gefühl ist Wut auf die Eltern, nicht Loyalität. Aber das ein Fremder anwesend ist, ist eine Tatsache und bringt das Kind dazu, nicht schlecht über die Eltern zu sprechen. Das

³ Dr. NAGY hat während seines Workshops in Göttingen an zwei Tagen eine Familie behandelt, einmal die erwachsenen Kinder mit ihren Eltern, am zweiten Tag die beiden Kinder mit ihrem Vater und den Eltern des Vaters. In dieser Familie zeigte sich, daß der Großvater väterlicherseits den Großvater mütterlicherseits verachtete.

ist Loyalität. Die Tatsache, daß dieser Mann, den wir heute wieder sahen⁴, 30 Jahre nicht von seinen Eltern weggezogen ist, ist Loyalität - eine verkehrte Art von Loyalität - aber Loyalität. Sein Gefühl ist Wut auf seine Eltern. Er fühlt sich nicht loyaler, fühlt sich wütend, aber sein Leben ist loyal, weil er irgendwie fühlt, er dürfe seine Eltern nicht verlassen. Das aber nicht, weil er sich loyal fühlt. Deshalb ist die Ethik in Beziehungen nicht psychologisch. Ethik ist existentiell, es ist das, was mit Existenzen geschieht. Das ist der bedeutende Punkt in meinem Ansatz: Die Ethik der Existenz. Die Psychologie des Menschen ist demgegenüber zweitrangig. Was die Leute bewußt oder unbewußt fühlen ist sekundär, was sie einander antun, das ist die Ethik.

kd: Ja, dann komme ich zur nächsten Frage. Vielleicht trifft das auch nicht ganz den Punkt Ihrer Theorie. Ich will sie trotzdem mal stellen: Innerhalb der familientherapeutischen Theorien kann man unterscheiden zwischen Modellen, die tendenziell eher veränderungstheoretisch oder verstehenstheoretisch orientiert sind. Welcher dieser beiden Arten ordnen Sie Ihre Theorie zu? Wie setzen Sie Ihre Vorstellungen in Interventionen um, bzw. können Sie uns Ihre wichtigsten technischen Prinzipien nennen?

bn: Ich bezeichne es nicht gerne als eine Theorie, weil ich über empirische Erkenntnisgewinnung rede. Ich meine nicht, daß Veränderungen - wenn Sie das mit der Veränderungstheorie meinen - ein gutes Konzept ist. Leben bedeutet sowieso Veränderung - ständig. Mein Interesse ist es, hilfreich zu sein, weder Veränderungen noch Verstehen, sondern Helfen. Menschen wie Stalin und Hitler waren große Veränderer. Sie veränderten das Leben der Menschen mehr als die meisten anderen. Ob das hilfreich war, ist eine ganz andere Frage. Ich bin nicht auf Veränderungen orientiert. Veränderung bedeutet für die Therapie überhaupt nichts. Therapie soll helfen. Veränderung ist deshalb kein Maß für das Betrachten der Ethik der Beziehungen. Das Befassen mit der Verantwortlichkeit für die Zukunft ist hilfreich. Wenn man eine Scheidungstherapie durchführt und die Leute haben kleine Kinder, dann ist man nicht an Veränderung oder am Verstehen interessiert, sondern an Verantwortung. Eine Tatsache ist: Die Kinder sind jetzt im Stadium der Entwicklung. In 20 Jahren mögen sie eine Störung zeigen, wenn sie selber Eltern werden, die der Tatsache zu verdanken ist, daß sich jetzt niemand darum sorgt, daß sie in einer schwierigen Situation sind, wenn die Eltern sich scheiden lassen. Deswegen Sorge ich mich darum, was mit den Kindern in 20 Jahren passieren wird. Weil ich mich um die Kinder kümmere, deshalb würde ich sagen: „Gut, Sie brauchen Ihre Kinder nicht hierher zu bringen. Ich kann auch bloß Sie und Ihre Frau sehen.“ Aber ich will Sie wissen lassen, daß ich mich um Ihre Kinder auch kümmere. Bei allem was wir diskutieren, werde ich daran denken, wie dies oder jenes Ihre Kinder betreffen könnte. Ich werde Sie daran erinnern, daß Ihre Kinder davon mitbetroffen sein könnten. Dieser Punkt - die Essenz des ethischen Ansatzes - ist das Sorgen darum, daß bei diesen Kindern in 20 Jahren in der Entwicklung kein Schaden verursacht wird. Ist das Veränderung? Ich glaube nicht, daß das Veränderung ist, es ist eine Kontinuität des Sorgens um diese Kinder. Weil man weiß, daß sich die Zukunft jetzt entwickelt. Man weiß nicht, wie es den Kindern, die jetzt verstört sind, in 20 Jahren gehen wird. Aber man kümmert sich darum, den Schaden für die Kinder so gering wie möglich zu halten. Deshalb entwirft man seine Strategie mit diesen Überlegungen im Kopf, auch wenn man nur mit den Erwachsenen in der Therapie ist. Das ist weder verändern noch verstehen. Es ist ein Überzeugtsein vom Wert des Sich-Sorgens und der Verantwortlichkeit.

⁴ Dr. NAGY bezieht sich auf die auf dem Workshop in Göttingen durchgeführten Therapiesitzungen.

kd: Hieran schließt sich die nächste Frage an: Wie setzen Sie Ihre Vorstellungen in Interventionen um, bzw. können Sie uns Ihre wichtigsten technischen Prinzipien nennen?

bn: Das wichtigste technische Prinzip ist die vielgerichtete (wechselnde) Parteinahme (multidirectional partiality), die vom Therapeuten ausgeübt wird, wie ich sie gestern beschrieben habe. Das bedeutet, daß ich sequenzweise sichergehe, daß ich zunächst mit einer Person parteiisch bin, dann mit der nächsten, dann mit der übernächsten. Z.B. die Person, die am meisten verletzt ist, die am stärksten geschädigt ist, wird meine Hilfe am nötigsten brauchen. Deshalb werde ich ihr zuerst zuhören, wie bei der Frau gestern, so war ich mit ihr parteiisch. Der Mann wollte etwas sagen, ich habe ihm gesagt: „Warten Sie, ich möchte erst das Bild, das sich Ihre Frau von der Sache macht, bekommen.“ Die Tochter wollte etwas sagen, auch sie hieß ich schweigen, weil ihre Mutter sprach. Das wichtigste dabei war, daß ich wollte, daß sich die Mutter auf einen Standpunkt festlegt, zu dem sie steht. Damit ich dann parteiisch auf menschlicher Basis sein kann. Sie sagt: „Warum werde ich beschuldigt, ich hatte mit der Geldsache nichts zu tun.“⁵ Das erscheint mir sinnvoll. Sofort kann ich ihre Partei ergreifen, gleichzeitig bin ich parteiisch gegen ihren Schwiegervater und ihre Schwiegermutter. Dann kann ich den Ehemann fragen: „Was hat es damit auf sich? Was ist mit Ihrem Vater los? Sie stehen in der Mitte. Ich bin mit Ihnen parteiisch, weil Sie in der Mitte stehen, zwischen Ihrer Frau und Ihren Eltern. Wenn Sie Ihrer Frau zustimmen, dann müssen Sie sich gegen die Eltern stellen. Da gibt es keine einfache Lösung. Deswegen bin ich auf Ihrer Seite. Aber meinen Sie, daß es fair ist, Ihre Frau so schlecht zu behandeln?“

An diesem Punkt möchte ich, daß er den Standpunkt seiner Familie verteidigt. Sein Vater ist nicht anwesend. Und dann beschreibt er, wie er hin und her schwankt; daß er seinem Vater sagt, es ist die Schuld meiner Frau wegen der Schwangerschaft, sie war zu wütend damals und das übertrug sich auf den Sohn ... etc. etc.⁶

Nun versuche ich, ihn dahin zu bekommen, daß er seinen Standpunkt definiert, so daß ich diesmal mit dem Vater parteiisch sein kann. Das bringt dann den Sohn wieder ins Bild. Ich wende mich an den Sohn und sage: „Dein Vater hat gerade gesprochen. Was hältst Du davon?“

Das ist die vielgerichtete Parteilichkeit. Ich versuche, mich zu einem Zeitpunkt auf die Seite einer Person zu stellen, deshalb bin ich momentan parteiisch gegen die andere Person.

kd: Eine Zwischenfrage. Das wird hier multidirektionale Parteilichkeit genannt. Ist es nicht viel besser, in ihrem Sinne von multidirektionaler Anteilnahme zu sprechen anstatt von Parteilichkeit.

bn: „Siding“ (zur Seite stehen) ist im Englischen kein so guter Ausdruck für das Gemeinte, obwohl „partiality“ (Parteilichkeit) auch nicht der beste Ausdruck sein mag. Aber siding heißt, das man aus strategischen Gründen, wie es klassische transaktionale Familientherapeuten (strukturell, strategisch, paradoxal) tun, sagen würde: „Ich will diese Koalition aufbrechen, deswegen verbünde ich mich mit diesem gegen jenen“.

⁵ In der behandelten Familien gab es u.a. einen Streit um eine Geldsumme, die der Vater der Ehefrau bei deren Heirat zu zahlen versprochen hatte. Dieses Versprechen hatte er aber nicht eingehalten. Darauf hin gab es zwischen den Schwiegerfamilien, vor allem dem Schwiegersohn, Streit und Anklagen.

⁶ Es geht hier um die Symptome des Sohnes, die in Collitis ulcerosa, Alkoholismus, Suizidalität und aggressiven Durchbrüchen bestehe.

Der Hauptgrund ist hier, die Verbündeten auseinander zu bekommen. Das ist ein strategisches Konzept: Ich kümmere mich nicht wirklich um sie. Ich mag es bloß nicht, das sie zusammen sind. Das ist wie im militärischen Sinne. „Partiality“ heißt dagegen, daß ich im Inneren ...

kd: ... das ist Anteilnahme ...

bn: ... kann sein. Es bedeutet, daß ich mich innerlich in den anderen hineinversetzen kann. „Impartial“ (unparteiisch) im Englischen würde bedeuten, daß ich indifferent wäre. Es bedeutet: „Ich bin sehr fair, ich stehe dem indifferent gegenüber, es macht nichts.“ Aber das kann ich nicht als menschliches Wesen. Wenn ich sehe, daß jemand verletzt ist, dann kann ich nicht unparteiisch sein. Ich mag das nicht und bin auf der Seite des Opfers. Aber dann möchte ich herausbekommen, in welcher Hinsicht auch der Opfermacher ein Opfer ist. Später, nicht zur selben Zeit. Sonst wäre es wie im Irrenhaus.

Wie bei der Frau gestern, die sagte: „Seht, wie man mich verletzt hat.“. Wenn ich da gesagt hätte: „Aber andererseits ist Ihr Schwiegervater auch ein guter Kerl. Denken Sie doch daran, wie er in der Kindheit verletzt wurde.“. Das wäre unangemessen, weil die Frau sehr wütend und verletzt wäre und ich sollte fähig sein, daran Anteil zu nehmen und sie anzuhören. Nur nachdem sie Gelegenheit hatte, mir über sich eine Menge zu erzählen, würde ich sagen: „Nun, können Sie einsehen, daß ich als Mensch auch Ihren Schwiegervater verstehen möchte. Möglich, daß ich auch mit ihm parteiisch sein kann.“. Da ich mir schon ihre Klagen angehört habe, wird sie nun besser in der Lage sein, zuzuhören, wenn ich nun auch dem Schwiegervater gegenüber anteilnehmend bin.

kd: Können Sie noch mal auf die wichtigsten technischen Prinzipien zurückkommen? Haben Sie schon alle genannt? Gibt es noch andere neben der multidirektionalen Anteilnahme?

bn: Wir haben leider nicht genug Zeit, alles in Einzelheiten zu entwickeln. Aus dem oben gesagten folgt natürlich, daß den Leuten geholfen wird, sich um die Fairneß in der Beziehung zu kümmern. Das bedeutet folgendes, ich begann gestern den Sohn in der Familie zu fragen: „Wie versuchst Du, Deinen Eltern zu helfen? Er sagte: „Ich würde es sehr gerne, aber ich kann nicht. Daher kommen meine Selbstmordideen auch. Einerseits bin ich sehr wütend, andererseits würde ich meinen Eltern gerne helfen, weiß aber nicht wie.“

Dann habe ich, glaube ich, den Vater und vielleicht auch die Mutter gefragt: „Haben Sie bemerkt, daß Ihr Sohn versucht, Ihnen zu helfen?“ In diesem Augenblick tue ich mehr als parteiisch zu sein, ich arbeite an der Anerkennung („acknowledgment“). Nicht im intellektuellen Sinne, daß etwas bemerkt oder erkannt wird, aber im Sinne eines ethischen Vertrauensschenkens. Ich schenke Glauben.

Ich sage: „Ja, er versucht, hilfreich zu sein. Er stellt Schlimmes an, er trinkt, er arbeitet nicht usw., aber ja, es ist wahr, er versucht zu helfen.“

Tatsächlich war ein Elternteil dann fähig das zu sagen, daß der Sohn auch zu helfen versucht. Dann sind sie in der Lage, etwas, das sie bekommen, auch anzuerkennen. An dem Punkt ist das Sorgen um die Fairneß in der Beziehung, die Vertrauenswürdigkeit der Beziehung, die Herstellung von Vertrauen, ein technisches Konzept. Es besteht aus multidirektionaler Anteilnahme und dem Hervorrufen von Anerkennung zwischen den Leuten. Das sind bedeutende technische Prinzipien. Es gibt noch viele andere.

gr: Die nächste Frage geht noch einmal auf das angesprochene Problem des Verhältnisses inter- und intrapsychischer Prozesse zurück, sie berührt sie zum Teil: Inzwischen lehnen viele Familientherapeuten das Vokabular der Psychoanalyse und klassischen Psychiatrie wegen der implizierten pathologischen Festschreibung ab. Wie stehen Sie zu dieser Frage?

bn: In der kontextuellen Therapie gibt es fünf Hauptdimensionen für das kontextuelle Verstehen der Beziehungen. Sie werden beschrieben als Tatsachen (facts), Bedürfnisse (needs), Transaktionen (transactions), Beziehungsethik (relational ethics) und Vermächtnis (legacy). Das sind die fünf Hauptdimensionen. Jede psychoanalytische und psychologische Theorie, auch die Lerntheorie oder die Entwicklungstheorie gehören zu einer der fünf Dimensionen. Sie sind von ganz wichtigem Nutzen. Der, der sagen würde, es sei sinnlos, etwas über das Bedürfnis, bestimmte Dinge abzuwehren, etwas über Verschiebungen im psychoanalytischen Sinne, Projektionen oder jedes andere dieser Phänomene zu wissen, wäre naiv. Dies wäre irreführend. Wenn ein Kind in seiner Entwicklung gestört ist und einen Persönlichkeitsschaden für das ganze Leben hat und jemand sagt, das sei individuelle Pathologie und nichts über diese Störung wissen wollte, der würde sich als Therapeut ineffektiv machen. Aber das ist nur eine Dimension. Therapeutische Strategie in der kontextuellen Therapie basiert nicht hauptsächlich auf psychologischer Theorie. Sie ist hauptsächlich durch die Ethik der Beziehungen beeinflusst, das ist die therapeutische Hauptstrategie, aber sie berücksichtigt psychologische Dimensionen.

gb: Mich interessiert am meisten die Frage der Lernstörungen. Meines Erachtens haben Lernstörungen von Kindern und Jugendlichen bei uns in der Bundesrepublik sehr zugenommen. Haben Sie zum einen eine Erklärung, wie das kommt? Das muß ja auch gesellschaftliche Ursachen haben. Und zum anderen, geht man in ganz bestimmter Weise damit um?

bn: Zunächst ergibt sich hier eine ganz wichtige Frage: Ist Prävention bedeutender als Therapie?

Im kontextuellen Denken ist Prävention viel bedeutender als Therapie. Wir wissen, daß es unmöglich ist, einen Entwicklungsschaden ganz rückgängig zu machen, wenn er erst einmal bei jungen Tieren oder Menschen entstanden ist. Wir wissen aus Beobachtungen an Kleinkindern von SPITZ et al. und durch Experimente, die Harry HARLOW an Affen durchgeführt hat, wenn junge Tiere - Menschen eingeschlossen - in ihrer Entwicklung geschädigt werden, dann kann dies nicht vollständig rückgängig gemacht werden. Hier ist die Prävention sehr bedeutend. Nach meiner Erfahrung ist ein zunehmender Prozentsatz junger Kinder in den USA, wenigstens in den großen Städten, unfähig zu lernen; nicht nur, daß sie etwas gestört sind, sie sind einfach nicht fähig zu lernen. - Diese Kinder hatten eine solche schädigende Frühentwicklung, in der sie kein Vertrauen in die Welt - in dem Sinne, in dem ERIKSON davon spricht - entwickeln konnten. Und zum Lernen muß man Vertrauen in die Welt haben. Wenn jemand kein Vertrauen in die Welt hat, öffnet er sich nicht, um zu lernen. Wenn jemand als Kind schwer geschädigt wurde, hat er das Recht, kein Vertrauen in die Welt zu setzen. Auf diese Weise ist er nicht nur psychologisch geschädigt, sondern hat auch im ethischen Sinne das Recht, der Welt nicht zu trauen. Das ist für mich eine Haupterklärung - zumindest für die USA - dafür, daß Massen von Kindern absolut unfähig sind, die Schule zu nutzen. Sie lernen einfach nicht. Einige Schäden sind irreversibel, anderen würde am besten geholfen, indem man Eltern und Kind hilft, Vertrauen in die Welt und damit in die Schule zu gewinnen, der Zukunft besser zu vertrauen, sich gegenseitig mehr zu vertrauen. Dies würde auch die Lernfähigkeit verbessern.

gb: Daß man nicht lernen kann, wenn man kein Vertrauen in die Welt hat, das verstehe ich. Aber ich weiß nicht, wie man Jugendlichen, die sehr kritisch sind, in dieser Gesellschaft irgendetwas sagen kann, damit sie Vertrauen kriegen. Das ist, finde ich, ein ganz schweres Problem.

bn: Das ist ganz schwer und es geht durch den Loyalitätskonflikt - wie bei der Familie gestern - zwischen deren Parteinahme für die Eltern und der Unfähigkeit, den Eltern zu trauen. Deshalb sind sie nicht fähig, der Schule und der Gesellschaft zu vertrauen. Wenn ich anfangs, daran zu arbeiten, die hilfsbereite Seite der jüngeren Generation anzuerkennen, in der sie sich um die Eltern kümmern, wie dieser junge Mann, dann würde ein gewisser Grad an Vertrauen Raum gewinnen. Z.B. würde ich sagen: „Deine Eltern sagen Dir, Du versagst. Das ist schlimm. Aber Deine Eltern sagen Dir auch, geh‘ nicht in die Welt; Du solltest uns nahe bleiben und unsere guten alten Ansichten teilen. Deshalb vertraue nicht den Leuten draußen. Was wir haben, das ist gut. Aber warum gehst Du nicht in die Welt, warum hast Du dort keinen Erfolg? Du solltest den alten Dingen vertrauen!“

Der junge Mann kommt da nicht raus. Beide Lösungen sind falsch, sie widersprechen sich. Wie kann ich sie zusammenbringen, wie ich es heute versuchen werde? Ich möchte das, was am alten Vermächtnis gut ist, zusammenbringen mit dem Vermächtnis der Zukunft. Wie können die beiden in Harmonie gebracht werden? Ohne dies ist Vertrauen nicht möglich, weil eines gegen das andere arbeitet. Es ist eine gespaltene Loyalität. Ich bin loyal gegenüber dem guten, alten, dann muß ich der modernen Welt gegenüber illoyal sein. Das ist natürlich vereinfacht. Die Sache ist viel komplizierter.

kd: Gestern bei dem Workshop haben Sie gesagt, daß sie früher mit den Familien gekämpft haben, wie mit Elefanten, daß sie Elefanten gezogen haben. Und dann haben Sie gesagt, jetzt würden Sie dem Elefanten die Leine lassen, bis er gegen die Wand rennt, dann wird er schon von selbst zurückkommen. Ist das nach ihrem Konzept eine paradoxe Strategie, oder ist das eine akzeptierende Werthaltung, oder ist das einfach relationale Ethik?

bn: Ja, Ich tue eine Menge anderer Dinge, außer dem, daß ich dem Elefanten mehr Leine gebe. Ich sehe nicht, wie überhaupt jemand ohne den Gebrauch von Paradoxien leben kann. Paradoxien sind nichts besonderes. Die Frage ist aber, wofür man einsteht. Das kommt dem Begriff „Werthaltung“ vielleicht näher. Das Sich-Sorgen um Fairneß könnte eine Werthaltung sein. Deshalb bin ich nicht so passiv, daß ich nur die Leine gebe und warte. Eventuell ist die Wand so weit weg, daß ich gar nicht genug Leine habe. Deshalb interveniere ich sehr aktiv, aber nicht mit brutaler Gewalt, daß ich sage: „Jetzt kommen Sie aber her und setzen sich. Sie bringen Ihre Mutter! Und wir werden dem alle ins Gesicht sehen. Sie wird mit uns reden, ob sie nun will oder nicht. Sie wird keine Märtyrerin mehr sein!“ So wäre es, wenn man den Elefanten zieht. Aber wenn ich der Mutter, dieser Frau von gestern, sage: „Ich glaube, daß sie sich als Großmutter um ihre Enkel, um deren Zukunft sorgen. Bemerkten Sie, daß Ihre Tochter mit den Kindern Probleme hat?“ Dann könnte sie sagen: „Oh ja, ich weiß es, aber sie redet nie mit mir darüber. Aber ich weiß es und fühle mich deswegen schlecht.“ - „Könnten Sie etwas für Ihre Enkel tun? Sehen Sie, wie Sie Ihrer Tochter helfen können? Vielleicht können Sie mit ihr sprechen? Oder Sie könnten mit ihren Enkeln sprechen. Denken Sie darüber auch. Würden Sie sich nicht selbst besser fühlen, wenn Sie das tun könnten?“ Damit habe ich die Idee eingepreßt, daß man davon profitiert, wenn man etwas getan hat, das der Tochter und den Enkeln helfen könnte. - „Aber Sie müssen entscheiden.“. Ich erzwinge es nicht. Aber ich habe ihr die Aufforderung eingepreßt, daß man helfen kann, wenn man will. „Möchten Sie gerne helfen?“ Ich zeige den Elefanten die Erdnuß oder was auch immer der Elefant mag. Die Erdnuß kann auch eine Paradoxie sein. Das macht nichts. Hier ist es sicher eine Paradoxie, weil ich hier von der Annahme ausgehe, daß die Großmutter verletzt würde, wenn sie von dem Enkel erführe. Ich drehe es um. Ich frage: „Möchten Sie mehr wissen, damit Sie helfen können?“ Das ist eine Paradoxie, weil jeder glaubt, daß sie verletzt werden wird, aber ich drehe es um. Aber ich bringe keine Paradoxien, nur um ein Therapeut zu sein, der Paradoxien anwendet. Hier Sorge ich mich. Ich glaube, daß es der Großmutter besser gehen würde, wenn sie

Bescheid wüßte und helfen könnte. Ich Sorge mich um die Menschen, und es ist eine Ressource in der Beziehung, im Vertrauen, die noch nicht genutzt wurde. Eine Paradoxie, die im Dienste des übergeordneten therapeutischen Planes steht, der das Sich-Sorgen ist. Paradoxien an sich bedeuten nichts. Genau wie das Atmen, jeder atmet. Bei jedem schlägt das Herz. Sonst wäre man nicht am Leben. Paradoxien sind ein Teil des Lebens.

kd: Vielleicht kann ich daran noch eine Frage anschließen. Von den technischen Interventionen in der Therapie kann man ja unterscheiden zwischen dem Anregen von Interaktion unter den Familienmitgliedern innerhalb der Therapie und dem Geben von Hausaufgaben, die bestimmte Strukturen setzen. Machen Sie so etwas auch?

bn: Ich gebe immer Aufgaben. Aber sie dienen alle derselben Strategie. Ich sage nicht einfach: „Geht mal alle nach Hause und stellt Euch vor, Ihr kauft ein neues Auto, diskutiert, wie ihr es entscheidet und kommt dann zurück.“ Gestern gab ich vielen aus der Familie eine Aufgabe. Ich sagte zur Frau: „Wenn Sie sich nicht erinnern, wie Ihr Sohn Ihnen geholfen hat, denken Sie darüber nach. Vielleicht erinnern Sie sich eine Zeit, in der Ihr Sohn hilfreich war. Oder denken Sie darüber nach, wie es wäre, wenn Ihre Mutter hierher käme. Worüber würden Sie sprechen. Denken Sie darüber nach. Beim nächsten Mal werde ich Sie fragen.“

Zum Mann würde ich sagen: „Vielleicht wissen Sie keinen Weg, wie sie mit Ihrem Vater reden können, weil er soviel redet und so rigide ist. Aber es muß für Sie einen Weg geben, Ihren Vater zu erreichen, bevor er stirbt. Denken Sie darüber nach.“ So stelle ich die Aufgabe in dem Rahmen einer vertrauensbildenden Strategie. Aber ich gebe immer Aufgaben. Ich präge immer Ideen ein und dann sage ich, denkt darüber nach und erzählt mir dann, was ihr tun könnt. Es ist eine konstante Aufforderung, etwas zu tun. Nicht zum Erklären, sondern zum Tun.

kd: Jetzt noch die letzte Frage. Die ist vielleicht ein bißchen unfair Ihnen gegenüber. Es ist eine kritische Frage. Sie haben gesagt, die Sie zu politischen Fragen der Familientherapie nicht Stellung nehmen möchten. Dazu möchte ich zwei Sachen sagen: Innerhalb der Studentenbewegung wurde gesagt: „Jedes Verhalten ist Politik“, also auch Ihre relationale Ethik. BATESON sagte: „Jedes Verhalten ist Kommunikation.“. Die Frage lautet: Was wollen Sie damit sagen, wenn Sie zu dieser Frage nicht Stellung nehmen wollen?

bn: Die Gesellschaft gerät sowieso in immer stärkere Schwierigkeiten. Ich mag keine spaltenden Diskussionen über Therapie, weil ich meine, daß Psychotherapie eher gestärkt werden muß und verantwortlicher und nützlicher sein soll, als daß eine Gruppe die andere bekämpfen sollte. Das möchte ich betonen. Ich möchte alle Psychotherapien, nicht nur die Familientherapie, alle psychotherapeutischen Methoden, in ein nutzbringendes, allumfassendes Muster integrieren und versuchen, das Ansehen der Psychotherapie in der Gesellschaft durch eine verantwortungsvollere Position zu stärken. Es ist nicht verkehrt, wenn man sich mit Paradoxien auskennt, aber man sollte auch etwas über die Entwicklung des Kindes wissen, über Präventionen, darüber wie man Frauen, Männer, alten Leuten etc. helfen kann. Deshalb ist meine politische Rolle als einer der Gründer der AMERICAN FAMILY THERAPY ASSOCIATION - ich bin Vorsitzender des Komitees über die Standards in der amerikanischen Familientherapie der AFTA - nicht, meine Position durchzuboxen und die anderen niederzuschlagen. Ich möchte jede Richtung ermuntern, das beste Stück aus ihrem Ansatz mit einzubringen und zu sehen, wie wir diese alle zusammenfügen könnten. Dies wäre eine verantwortungsbewußte Haltung gegenüber der Gesellschaft. Wenn man das als Politik bezeichnen kann, dann ist das meine Politik. Ich möchte die Psychotherapie stärken, damit sie verantwortlicher wird.

kd: Herr BOSZORMENYI-NAGY, wir danken Ihnen für das Gespräch.

* jenseits *

SATIRE - Richtlinien zur Vermeidung psychotherapeutischer Erfolge¹

– 10 goldene Regeln –

Klaus G. Deissler

Jay Haley hat in seinem Aufsatz „The Art of Being a Failure as a Therapist“ (American Journal of Orthopsychiatry, 1969, 39: 691-695) grundlegende Gedanken formuliert, wie man als Therapeut vorgehen muß, um zu versagen. Diese Gedanken werden hier zusammengefaßt und leicht modifiziert wiedergegeben:

Um auch solche Klienten an der Besserung ihrer psychischen Befindlichkeit zu hindern, die sich sonst spontan bessern würden, genügt es nicht, als Psychotherapeut nichts zu tun. Folgende Richtlinien wurden erstellt, damit auch solche Psychotherapeuten Mißerfolge haben, die dafür nicht besonders talentiert sind.

1. Bestehe darauf, daß die Probleme, die Deine Klienten als die wichtigsten angeben, für die Psychotherapie unwichtig sind, weigere Dich, diese Probleme direkt zu bearbeiten, wende Dich ausschließlich ihrer Entstehungsgeschichte zu und bestehe darauf, daß neue Probleme entstehen, sobald die angegebenen gelöst sind.
2. Gebrauche diagnostische Kategorien, die Dich daran hindern, als Psychotherapeut wirksam zu arbeiten; hilfreich dabei sind die Diagnosekriterien der klassischen Psychiatrie: Sie fördern die Prämisse, daß psychische Probleme losgelöst vom zwischenmenschlichen System, in dem der Klient lebt, zu betrachten und anzugehen sind.
3. Wende unabhängig von den Problemen der Klienten nur eine einzige Behandlungsmethode an; deklariere Klienten, die auf diese Behandlungsmethode nicht ansprechen, als „therapie-resistent“ oder „unbehandelbar“. Katalogisiere sie i.S. der Diagnosekriterien von 2.
4. Erkläre alle direktiven und geplant nondirektiven Anweisungen an die Klienten für untherapeutisch und meide Theorien therapeutischer Veränderungen; unterscheide streng zwischen „dahinterliegenden (latenten) und darüberliegenden psychischen Störungen“, die für direkte Veränderungsbemühungen unzugänglich sind.

¹ Original in: Kontext 1979, 1: 114 - 115.

5. Bestehe darauf, daß nur jahrelange Psychotherapie bei Deinen Klienten verändernd wirken kann (meide z.B. eine Theorie der therapeutischen Überdosierung).
6. Um die Anzahl der Menschen zu reduzieren, die ihre Probleme selbst lösen, weise auf ihre zerbrechliche Natur hin, warne sie vor psychotischen Schüben, der Gefahr des Alkohols oder den unsichtbaren Schleichwegen psychischer Erkrankungen.
7. Betone all das, was bei Deinen Klienten widerwärtig und moralisch verwerflich, das heißt negativ sein könnte, damit sie Schuldgefühle bekommen, die Du dann anschließend i.S. von 5. bearbeiten kannst.
8. Ignoriere die reale Welt, in der Deine Klienten leben - vernachlässige den ökosystemischen Kontext und widme Dich stattdessen ihrer Kindheit, ihrer inneren Dynamik und ihrem Phantasieleben - kurz: Du darfst zwar gesellschaftskritisch denken, solltest jedoch kontextfrei handeln.
9. Meide Menschen mit geringem Einkommen: Sie könnten auf therapeutischen Resultaten bestehen und sich durch einsichtsvolle Konversation getäuscht fühlen. Meide v.a. Klienten, die Du i.S. von 2. als „schizophren“ kategorisiert hast - arbeite nicht mit ihren Familien oder anderen Bezugsgruppen, überweise sie vielmehr in Psychopharmakologische Krankenhäuser (PKH).
10. Definiere keine Therapieziele, damit Du das Therapieergebnis nicht daran messen mußt und vermeide es grundsätzlich, Deine Therapieergebnisse zu evaluieren.

IV. A U T O

FAMILIENBRETT oder THERAPEUTENLINEAL?

Vorbemerkungen

Es ist nicht die Macht, die korrumpiert, sondern der Glaube an die Macht.

Gregory Bateson

Kapitel IV, * **auto** *, enthält 4 Beiträge: eine Karikatur, zwei Essays, ein Interview zur Überschneidung Systemischer Therapie und Hypnotherapie und eine Satire.

Der erste Essay „Selbstveränderung humaner Systeme“ (**Autosystemische Transformation**) behandelt die Weiterentwicklung und Integration systemischer und hypnotherapeutischer Verfahren.

Der zweite Essay beinhaltet eine Thesensammlung, die einen prägnanten Überblick über die Prämissen meiner derzeitigen therapeutischen Arbeit gibt.

Das Interview gibt Auskünfte über die Überschneidungen von ERICKSON'scher Hypnotherapie und systemischer Familientherapie.

Dieses Kapitel streift in der einen oder anderen Form die Frage „therapeutischer Wirksamkeit“ oder „therapeutischer Manipulation“. Während ich mich zur therapeutischen Manipulation oder Einflußnahme frei bekennen kann, habe ich erheblich Schwierigkeiten mit der Definition therapeutischer Tätigkeit als Ausübung von Macht. Um dies näher zu verdeutlichen, möchte ich vorweg ein paar Erläuterungen machen:

Die meisten Menschen denken, wenn sie die Organisationsformen menschlichen Zusammenwirkens betrachten, in Hierarchien. Das hat z.B. zur Folge, daß es „Herren und Knechte“, „Vorgesetzte und Untergebene“ sowie „Tyranen und Sklaven“ definiert werden und das wechselseitige Zusammenwirken außer Acht gelassen wird.

Nun mag man der Idee der Hierarchie positive Seiten abgewinnen: Zwischenmenschliche Wirklichkeiten lassen sich vereinfacht darstellen, indem man z.B. Einflußnahmen „lineal“ von „oben nach unten“ konstruiert.

Ein weiteres, ähnlich gelagertes Denkmuster, das „Gesetz der großen Zahlen“ (vgl. JANTSCH, E. (1982)¹) besagt, daß die Mehrheit immer über das Individuum bestimmt. So kann man also annehmen, daß das „größere oder hierarchisch übergeordnete System“ immer über das „kleinere, ihm untergeordnete Subsystem herrscht“. Beispiele dafür sind aus Legislative und Exekutive bekannt: Wenn die hessische Landesverfassung bei Streiks Aussperrung verbietet, dann muß dies nicht zur Wirklichkeit werden, wenn die Gesetze auf Bundesebene anders aussehen.

¹ JANTSCH, E. (1982): Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist. dtv, München.

Ich habe im Laufe meiner therapeutischen Tätigkeit gelernt, menschliche Organisationen und ihre Wirkungsmuster zumindest **heterarchisch** zu konstruieren - wenn man sich auf die Einschätzung von Rangpositionen bei der Betrachtung menschlicher Systeme beschränkt. Heterarchisch heißt, daß die Einflußnahme zwischen den definierten Elementen eines Systems wechselseitig ist und daß sogar der vermeintlich niedere oder - nach hierarchischen Gesichtspunkten eingestuft - unwichtigere - „Rang“ das Verhalten des vermeintlich „Vorrangigen“ entscheidend beeinflussen kann (vgl. v.a. HOFSTADTER, D.R. (1979) zum Begriff der Heterarchie²). Es gibt also keine a priori Notwendigkeit, ein räumliches Wirkungsgefälle von „oben nach unten“ im hierarchischen Sinne anzunehmen.

Bei der Einschätzung menschlicher Organisation ist es notwendig, sich den Einzelfall genau anzusehen. Ein Beispiel: Wie sieht das Verhältnis zwischen einem neugeborenen Kind und seinen Eltern aus? Nach dem hierarchischen Modell bestimmen die Eltern das, was das Kind zu tun hat, sie haben Macht über das Kind. Aber diejenigen, die Erfahrungen als Eltern haben, wissen auch, wie sehr das Neugeborene das Leben des Paares verändert. Es gibt einige Fälle, in denen man sagen kann, daß die erwünschte Geburt eines Kindes zur Trennung der Eltern führte. Wer bestimmt also, was in eine Familie mit einem Neugeborenen passiert? Wer hat also - bei der Einschätzung von Rängen - mehr Einfluß, die Eltern oder das Kind? Man kann dieses Beispiel auf die Spitze treiben: Die oben genannten Wirkungen können sogar durch den Embryo erzielt werden - wenn der Säugling also noch gar nicht geboren ist: Die Eltern trennen sich, in Erwartung eines Kindes, das also noch nicht geboren ist. Logischerweise müßte man folgern: Die Nichtexistenz eines „nachrangigen“ Lebewesens (Embryo) kann die hierarchisch übergeordneten (vorrangigen) Eltern zu Schritten veranlassen, die seiner hierarchischen Position nicht angemessen sind.

Die heterarchische Betrachtungsweise also legt nahe, daß die wechselseitigen Einflußmuster der beteiligten Kommunikationspartner genau erfaßt werden müssen, um zu einer nützlichen Einschätzung und / oder Gestaltung der Wirklichkeit einer Familie zu gelangen.

Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang ist wichtig: Strategische Therapeuten haben insbesondere einen Grundsatz: „Respektiere die Hierarchie!“. Dies entspricht einem Denken in Kategorien der Macht. Was damit gemeint ist, kann den oben gemachten Ausführungen entnommen werden.

Nach meiner Überzeugung sollten sich systemische Therapeuten - auch wenn sie strategisch denken - eher an folgenden Grundsatz halten: „Respektiere die Form der Selbstorganisation des jeweiligen Systems, mit dem Du es als Therapeut zu tun hast - und wenn dieses System selbst sich hierarchisch definiert, dann respektiere diese Art der Selbstdefinition!“. Mit anderen Worten der Therapeut sollte die **Autonomie** des Systems, mit dem er es zu tun hat, respektieren.

Dieser Grundsatz erlaubt es nämlich, sowohl die Autonomie des Individuums als auch die umfassenderer Systeme, deren Bestandteil sie sind, heterarchisch aufeinander zu beziehen.

Aufgabe des Therapeuten ist es dann, die Autonomie des Klientensystems zu stärken, zu unterstützen oder anzuregen. Das ratsuchende System wird also dazu angeregt, seine Probleme selbst, das heißt autonom, zu lösen. Der Therapeut ist also nicht dazu da, die Probleme seiner Klienten zu lösen, sondern er versetzt lediglich die Familie in die Lage, ihre Probleme selbst zu lösen. Wenn man so will, „hilft er zur Selbsthilfe“. Daß dazu auch strategische Überlegungen notwendig sind, ist eine andere Frage, die aber nicht mit „linealer Machtausübung“ des Therapeuten verwechselt werden sollte! Ich bin davon überzeugt, daß ein Therapeut umso bewegli-

² HOFSTADTER, D.R. (1979): Gödel, Escher, Bach. An Eternal Golden Braid. Basic, New York.

cher in seiner therapeutischen Manövrierfähigkeit (vgl. FISCH, R. et al. (1982)³) ist, je mehr er die Autonomie des ratsuchenden Systems achtet und je weniger er danach strebt, seine „begrenzte“ Wirklichkeitsdefinition, die sich zum Beispiel in der Metapher der Macht ausdrückt, versucht seinen Klienten aufzudrängen.

³ FISCH, R., WEAHLAND, J.H. & SEGAL, L. (1982): The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly. Jossey-Bass, San Francisco.

AUTOSYSTEMISCHE TRANSFORMATION^{1 2 3}

TRANSEPHÄNOMENE, SYSTEMISCHE UTILISIERUNG ODER SELBSTVERÄNDERUNG

Klaus G. Deissler & Peter-W. Gester

Dans les affaires de ce monde, il ne faut pas s'arrêter seulement au moment présent.

Ce qui est, presque toujours, est fort peu de chose, toutes les fois que l'on ne pense pas que **ce qui est produit ce qui sera**. Et, en vérité, pour arriver, faut-il bien se mettre en route.

TALLEYRAND

¹ Überarbeitete Fassung des Vortrags unter dem gleichen Titel, gehalten auf dem 2. Internationalen ERICKSON-Kongreß in Phönix, Arizona, USA (30. November bis 4. Dezember, 1983).

² Wir wurden von mehreren Kollegen gefragt, warum wir nicht die grammatikalisch „richtige“ Bezeichnung „Systemische Autotransformation“ gewählt hätten. Tatsächlich lautete der Arbeitstitel des Aufsatzes „Systemische Selbstveränderung“. Unseres Erachtens impliziert jedoch der grammatikalisch „richtige“ Titel das lineale Abfolgemuster der Sprache, das heißt lineale Ursache-Wirkungszusammenhänge: Der Therapeut verursacht die Veränderung. Durch das Zusammenfassen der Eigenschaftswörter „auto“ und „systemisch“ wollen wir zum Ausdruck bringen, daß der Prozeß, der in der Familie abläuft, selbständig, das heißt selbstrückbezüglich ist.

³ Original erschienen in „Familiendynamik“, 1986, 11: 29-56.

Zusammenfassung

Was wirkt eigentlich bei systemischen Interventionen? Ist es der Therapeut, der die Veränderung verursacht, sind es besondere Phänomene während der Therapiesitzung, die sich am besten mit hypnotherapeutischen Begriffen erklären lassen, oder ändert die Familie autonom ihre Organisationsstruktur angeregt durch therapeutische Maßnahmen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich der folgende Aufsatz mehr oder minder explizit:

Im ersten Teil werden einige theoretische Grundgedanken erläutert, die den Verständnishintergrund unserer therapeutischen Arbeit erweitern und verdeutlichen sollen. Im zweiten Teil der Arbeit stellen wir ein Fallbeispiel dar, bei dem insbesondere die intendierten Wirkungen einer schriftlichen Intervention erklärt werden.

Dieser Aufsatz gibt keine vorgefertigten Antworten; es werden jedoch mögliche Antwortrichtungen dargestellt. Wir hoffen also, daß dieser Aufsatz den Leser dazu anregt, solche Fragen aufzuwerfen, die für zukünftige Suchrichtungen der Forschung relevant sein können.

1. Vorwort

In den letzten Jahren haben familientherapeutische und hypnotherapeutische Paradigmen immer größere Bedeutung und Anerkennung als effiziente therapeutische Verfahren gewonnen. Dies wird u.a. durch die zahlreichen Publikationen zu diesen beiden Themenkomplexen unterstrichen. Inzwischen ist es selbst für Fachleute schwierig, einen Überblick über das gesamte familien- und hypnotherapeutische Fachgebiet und seine Neuentwicklung zu behalten.

Die nach unserer Meinung derzeit einflußreichsten therapeutischen Modelle sind zum einen die **hypnotherapeutischen Verfahren nach Milton H. ERICKSON** und die **systemische Familientherapie**, das sogenannte **Mailänder Modell** (Mara SELVINI PALAZZOLI, Luigi BOSCOLO, Gianfranco CECCHIN und Juliana PRATA).

Das in diesem Aufsatz im Abriß dargestellte Modell ist der Versuch einer Integration und Weiterentwicklung der beiden genannten Ansätze. Dieser Artikel setzt wegen der Komplexität des Sachgebietes bestimmte theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten voraus, die wir wegen des beschränkten Raumes, der uns hier zur Verfügung steht, nicht im einzelnen ausführen können.

Die Voraussetzungen, auf die wir hier nur kurz verweisen möchten, unterteilen sich in 4 Untergruppen:

- a. **Historische Zusammenhänge und Entwicklungen psychotherapeutischer Schulen**
Wechselseitige Beeinflussung von MILTON H. ERICKSON, dem Mental Research Institute, der Forschergruppe um Gregory BATESON sowie deren Einfluß auf das Mailänder Modell (vgl. HALEY, J. (1976), DEISSLER, K.G. (1979), DEISSLER, K.G. & GESTER, P.-W. (1980), GESTER, P.-W. (1982)).
- b. **Theoretische Voraussetzungen**
Wandel vom individualpsychologischen Paradigma zur systemischen Sichtweise (vgl. GUNTERN, G. (1980) und DEISSLER, K.G. (1981)).
- c. **Praktisch-therapeutische Vorgehensweisen der Erickson'schen Hypnotherapie**
Strategisch-indirektes Vorgehen (vgl. HALEY, J. (1978), die therapeutische Verwendung (Utilisierung) der Verhaltensweisen des Klienten (vgl. ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L.

(1981), Anwendung von Metaphern (ROSEN, S. (1982), therapeutische Kommunikation auf verschiedenen Ebenen (vgl. ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1981)).

- d. **Praktisch-therapeutische Vorgehensweise der Systemischen Familientherapie**
2-Kammer-System, Arbeit im therapeutischen Team, Live-Supervision (HOFFMAN, L. (1982), der Therapeut als Doppelagent (DEISSLER, K.G., ROLOFF, D. & GESTER, P.-W. (1985), 5-Phasen-Modell des Sitzungsablaufs der systemischen Therapie (Vorbereitung, Durchführung, Zwischenbesprechung, Intervention und Nachbereitung (vgl. TOMM, K. (1984)).

Ohne die genaue Kenntnis und praktische Erfahrung in den genannten Voraussetzungen fürchten wir für den Leser Schwierigkeiten beim Verständnis dieses Artikels.

2. Datenerhebung versus Informationsschöpfung

Innerhalb der Psychotherapie wurde bisher nicht eindeutig zwischen Daten und Information unterschieden. Die Beachtung dieses Unterschiedes halten wir für grundlegend beim Verständnis psychotherapeutischer Prozesse.

Daten versus Information

Das therapeutische Vorgehen im **Institut für Familientherapie Marburg (ifm)** zeichnet sich dadurch aus, daß sich die Datenerhebung im Normalfall beim telefonischen Erstkontakt vorgenommen wird. Mit Hilfe eines formalisierten Erfassungsbogens (Basisdaten) werden die „Daten“ des Anrufers und seiner Familie über 3 Generationen erhoben. Als **Daten** definieren wir eindeutig überprüfbare unveränderliche Fakten. Diese Fakten zeichnen sich dadurch aus, daß verschiedene Personen zu gleichen Fragen dieselben Angaben machen würden, wenn sie dazu befragt würden. Zudem können diese Fakten durch Urkunden, Zeugnisse und andere offizielle Dokumente belegt werden. Eine graphische Entsprechung der Daten auf dem Basisdatenbogen stellt das in der Familientherapie häufig anzutreffende Genogramm dar. Diese erhobenen Daten definieren die nicht oder nur schwer veränderbaren historischen und aktuellen Kontextparameter des hilfesuchenden Systems.

Von den Daten unterscheiden wir **Information**, die im Unterschied zu den Daten „weiche“, d.h. veränderliche Beziehungsdefinitionen beschreibt. BATESON formulierte diesen Zusammenhang wie folgt: „Information is the difference that makes a difference.“ (vgl. BATESON, G. (1984)). WEIZSÄCKER schlug eine ähnliche Definition vor: „Information ist nur, was Information erzeugt.“ (WEIZSÄCKER, C.F. von (1971)).

Bei Anwesenheit von mindestens 2 Personen ist es unumgänglich, daß diese Personen ihre Beziehungen zueinander definieren, sie können dies explizit, d.h. durch Worte oder implizit, d.h. durch analoge Kommunikation tun. Im Unterschied zu einigen Autoren nehmen wir an, daß Beziehungsdefinitionen sich ständig verändern und sich deshalb die Information, die diese Beziehungsdefinitionen ausmachen, sich in ständigem Fließen befindet. Damit wird den genannten Definitionen Rechnung getragen: **Information wird als Beziehungsdefinition betrachtet, die ständig neue Beziehungsdefinitionen erzeugt und sich damit ständig ändert.**

Erst WATZLAWICKs Klassiker „Menschliche Kommunikation“ (vgl. WATZLAWICK, P. (1967) hat die Bedeutung des BATESON'schen Informationsbegriffes für die Psychotherapie in breiteren Kreisen bekannt gemacht.

Zirkuläres Befragen

Die Nützlichkeit des BATESON'schen Informationsbegriffes für den klinischen Alltag wurde jedoch erst später durch das Mailänder Team in der Technik des „Zirkulären Befragens“ dargestellt (vgl. SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1981) und PENN, P. (1983)). Im wesentlichen handelt es sich bei dieser Technik darum, in Anwesenheit der Mitglieder eines natürlichen Systems die Beziehungen zwischen den Mitgliedern dieses Systems zu erfragen, indem der Therapeut z.B. an den Vater die Frage stellt, wie er die Beziehung zwischen Mutter und Sohn einschätzt; der Therapeut kann diese Frage weiteren Familienmitgliedern stellen und damit die Fragen zirkulieren lassen.

Informationsgewinnung

Der Therapeut erhält damit ebenso wie die Familie aus der unterschiedlichen Beantwortung derselben Frage durch verschiedene Personen differierende Sichtweisen der familialen Beziehungs- oder Wirkungsmuster. Der Effekt dieser therapeutischen Technik besteht darin, daß die Familienmitglieder durch die Befragung des Therapeuten angeregt ihre unterschiedlichen „Landkarten“ des familialen „Territoriums“ austauschen. Dies bedeutet sowohl einen Informationsgewinn für die Familie als auch den Therapeuten und sein live-supervidierendes Team.

Informationsschöpfung

Es ist von entscheidender Bedeutung für wirksames therapeutisches Arbeiten, sich nicht auf Datenerhebung und Informationsgewinnung zu beschränken. Die alte lateinische Bauernregel „Quod est, est“ gibt Ausdruck dieser sich selbstbeschränkenden Untersuchungsmethode, die das feststellt, was „ist“ und was sie anschließend als gegeben und unveränderlich festschreibt. Ergänzend zu den beiden genannten Schritten möchten wir auf folgendes hinweisen: Wir betrachten Familien als selbstorganisierende Systeme. Ein für selbstorganisierende Systeme lebenswichtiger Prozeß besteht in der ständigen **Erzeugung von Information** (vgl. JANTSCH, E. (1982)). Für unsere therapeutische Arbeit hat es sich als nützlich erwiesen, diesen entscheidenden Prozeß selbstorganisierender Systeme, nämlich Information zu schöpfen, in die klinische Überlegungen einzubeziehen: Die interviewte Familie, der Therapeut und seine Kollegen hinter dem Einwegspiegel werden durch das zirkuläre Befragen über die Informationsgewinnung hinaus dazu angeregt, ständig neue Hypothesen über die relevanten Beziehungs- oder Wirkungsmuster zu erzeugen. Dieser Prozeß impliziert also ständige bewußte und unbewußte Informationsschöpfung.

Die Prozesse, die auf Seiten des therapeutischen Teams ablaufen, werden genauer beschrieben von DEISSLER (vgl. DEISSLER, K.G. (1985, b)). Die Prozesse auf Seiten der Familie möchten wir im nächsten Abschnitt näher beschreiben, nachdem wir vorher einige Trancedefinitionen wiedergegeben haben.

3. Trance

Das klassische Verständnis von Trance

Trance wird klassischerweise als „schlafähnlicher Dämmerzustand“ (Hypnoid) (vgl. MEYER, L. (1934)) definiert, in welchem die hypnotisierte Person leicht für hypnotherapeutische Suggestionen zugänglich ist; dabei wird der Hypnotisand meist als passiver Befehlsempfänger angesehen. Diese Auffassung wurde später dahingehend verändert, daß Jede Form der Hypnose eigentlich „Selbsthypnose“ (vgl. SCHULTZ, I.H. (1966)) sei.

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen dieses Verständnisses besteht darin, daß Trance als individualpsychologischer Prozeß verstanden wird, bei dem die Interaktion zwischen Therapeut und Klient weitgehend als unwichtig angesehen wird und sich auf einen ritualisierten, schablonenhaften Induktionsprozeß beschränkt.

ERICKSON'sche Trancedefinition

M.H. ERICKSON ist als derjenige bekannt, der grundlegende hypnotherapeutische Auffassungen verändert und innovative Techniken entwickelt hat. Wir wollen uns hier darauf beschränken, die 5 Aspekte der Trance darzustellen, die für den Kontext unserer Darstellung zentral sind.

- a. Zunächst ist ERICKSONs Auffassung wichtig, daß **Trance ein Alltagsphänomen** sei. Wie komplex und vielfältig Alltagskommunikation ist, bedarf keiner besonderen Begründung. Daraus folgt dann für Trance, daß sie genauso vielfältig und komplex wie Alltagskommunikation ist.

Wenn man diese Auffassung als richtig akzeptiert, verliert Trance als ein ausschließlich klinisches Phänomen das Kennzeichen des „Außergewöhnlichen, Geheimnisvollen oder gar Spiritistischen und Magischen“. Deshalb ist es notwendig, Trance als einen alltäglichen Prozeß zu definieren, den man als Therapeut oder Klient oder gemeinsam zur Lösung bestimmter Probleme in unendlich vielfältiger Weise „utilisieren“ kann. So gesehen ist es also möglich, sich von einer rigiden ritualisierten hypnotherapeutischen Verfahrensweise zu lösen. Der Therapeut kann sich somit den sich verändernden Anforderungen seitens seiner Klienten flexibel anpassen.

- b. Zweiter wichtiger Aspekt für unsere Darstellung ist ERICKSONs Auffassung, daß Trance ein auf das innere Erleben ausgerichteter Prozeß ist, dessen Intensität (Tiefe) und Fokus ständig variieren. Dieses Variieren des inneren Erlebens findet seine verhaltensmäßigen Entsprechungen in ideomotorischen, -sensorischen und -physiologischen Signalen. Diese Verhaltenssignale kann man als **unbewußte Verhaltensrudimente** beschreiben, die dem Therapeuten Zugangshinweise zu dem Tranceerleben des Klienten geben (vgl. ERICKSON, M.H. (1980) sowie (1981)).

Dieser Prozeß läßt sich vergleichen mit 2 oder mehr Personen, die sich in einem dunklen Raum befinden, den sie gemeinsam mit Hilfe eines fokussierten Lichtstrahls (z.B. Taschenlampe) untersuchen können. Der Prozeß besteht darin, daß sich die Personen bezüglich dessen, was und wie etwas zu untersuchen sei, koordinieren.

- c. Aus dem zweiten Aspekt folgt, daß der Therapeut in seiner Kunstfertigkeit sich vermittels der verhaltensmäßigen Rudimente dem oder den Klienten anzuschließen, flexibel und geschmeidig sein muß. Diese Fertigkeiten gehörten zu den herausragenden Fähigkeiten ERICKSONs.

Daß der Schwerpunkt im hypnotherapeutischen Prozeß ERICKSONs und seine therapeutische Eleganz auf der **Interaktion mit seinen Klienten** lag, wurde zuerst von HALEY (vgl. HALEY, J. (1963)) beschrieben. Eines der beeindruckendsten Beispiele für die Kunstfertigkeit, Trance ausschließlich durch nonverbale Interaktion mit dem Klienten zu induzieren, hat ERICKSON selbst beschrieben (vgl. ERICKSON, M.H. (1964)).

Daß ERICKSONs hypnotherapeutisches Vorgehen keine bloße „Redekur“ war, sondern das zentrale verändernde Moment in der Interaktion mit dem Klienten, zeigt sich u.a. darin, daß er seinen Klienten häufig Aufgaben gab, die Interaktionen mit anderen Menschen implizierten.

In diesem Zusammenhang ist weiterhin ERICKSONs Auffassung wichtig, daß sich sowohl **Klient als auch Therapeut in wechselnden Trancetiefen** befinden. Auch dies kann als Interaktionsphänomen betrachtet werden. Erst durch die Trance des Therapeuten wird es diesem möglich, sich den Prozessen, die der Klient durchläuft genau anzugleichen (vgl. ZEIG, J. (1980)).

- d. Der vierte für uns wichtige Aspekt bei ERICKSONs Vorgehen ist seine **indirekte Arbeitsweise**. Diese teilen wir in zwei Hauptkategorien auf:
- indirektes Vermitteln von bestimmten Suggestionen durch Metaphern, Witze, Wortspiele, indirekte Rede, Einstreutechnik, Symbole usw. (individualpsychologische Betrachtungsebene);
 - indirektes Vermitteln von bestimmten Suggestionen durch Kommunikation über Strohmännchen. Das heißt, während der Therapeut offiziell mit einem bestimmten Klienten arbeitet, kommuniziert er gleichzeitig inoffiziell mit einem anderen Klienten (vgl. ERICKSON, M.H. & KUBIE, L.S. (1980)) (systemische Betrachtungsebene).

Der letztgenannte Punkt ist für die familientherapeutische Arbeit von besonderer Relevanz, da während des familientherapeutischen Interviews mehrere Personen eines natürlichen Systems anwesend sind. Darüber hinaus hat diese Art der indirekten Kommunikation in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung, da die anwesenden Personen denselben historischen Hintergrund haben.

- e. ERICKSON & ROSSI (1979) haben ein 5-Phasen-Paradigma der Tranceinduktion vorgeschlagen, das insbesondere das „**Außerkräftsetzen habitueller Schemata und Glaubenssysteme**“ sowie „**unbewußte Suchprozesse**“ bei der Tranceinduktion postuliert. Das Außerkräftsetzen habitueller Schemata und Glaubenssysteme steht in engem Zusammenhang mit der vom Therapeuten erzeugten Konfusion; die simultanen unbewußten Suchprozesse helfen, eine neue Sichtweise zu erzeugen bzw. kreative Lösungen zu finden (vgl. ERICKSON, M.H. (1964), ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1979) sowie DESHAZER, S. (1982)). Zusammen mit den 4 o.g. Aspekten stellen diese beiden Elemente der Trance-Induktion den Rahmen für das Verständnis unserer familientherapeutischen Arbeit dar:

Zusammengefaßt bilden also die folgenden fünf Aspekte den hypnotherapeutischen Verständnisrahmen für unsere familientherapeutische Arbeit:

- (a) Trance als Alltagsphänomen
- (b) ideomotorische, -sensorische und -physiologische Signale
- (c) hypnotherapeutische Interaktion
- (d) indirekte Arbeitsweise
- (e) die zwei Hauptelemente der Tranceinduktion (Außerkräften habituellem Schemata und Glaubenssysteme sowie unbewußte Suchprozesse).

Systemische Trancedefinition

In unserer familientherapeutischen Arbeit machen wir uns diese 5 Aspekte der Trance zunutze. Auch andere Therapeuten (vgl. LANKTON, S. & LANKTON, C. (1983)) haben berichtet, daß Trancephänomene während familientherapeutischer Sitzungen auftreten. Dies ist jedoch ein Gemeinplatz, solange man in Betracht zieht, daß Trance ein Alltagsphänomen ist. Die Frage müßte daher umgekehrt lauten: Warum sollte Trance gerade bei familientherapeutischen Sitzungen nicht auftreten?

Die Trance, von der wir jedoch hier sprechen und die wir als **systemische Trance** bezeichnen, zeichnet sich dadurch aus, daß folgende Prozesse diachron im gleichen Personen-Raum-Zeit-Kontinuum (vgl. DEISSLER, K.G. (1985, a)) ablaufen.

Mit Hilfe des zirkulären Befragens werden bei allen gleichzeitig anwesenden Mitglieder eines natürlichen Systems:

1. habituelle Schemata und Glaubenssysteme erfragt; gleichzeitig wird eine systemische Konfusion erzeugt und unbewußte Suchprozesse ausgelöst (s. C. e.).
2. Dies geschieht auf indirekte Art und Weise indem ein Mitglied des natürlichen Systems befragt wird, wie es die Beziehungen von mindestens 2 anderen Systemmitgliedern einschätzt (s. C. d.).
3. Hierbei beginnt der Therapeut mit dem alltäglichen Beziehungs- oder Wirkungsmustern der Familie (problemirrelevante Bereiche) und läßt sich danach (s. C. a.)
4. von den verbal mitgeteilten Erklärungsmodellen für die problemformenden Beziehungs- oder Wirkungsmuster der Familie leiten (s. C. b.).
Er unterscheidet dabei zwischen den Wirkungsmustern „über“ die berichtet wird von denen, die sich aktuell während des Interviews zeigen (metakommunikative vs. analoge Wirkungsmuster)⁴.
5. Die ideomotorischen, -sensorischen und -physiologischen Signale, die die Verhaltensrudimente aktueller und antizipierter Erlebensprozesse sowie aktualisierter Erlebnisrepräsentanzen darstellen, sind weitere wichtige Hinweissignale für den Therapeuten. Sie lassen sich als analoge Beziehungsdefinitionen innerhalb der aktuellen Wirkungsmuster des Interviews verstehen.

⁴ Diese Vorgehensweise muß unterschieden werden von BANDLER & GRINDERS „pacing“ und „leading“ (vgl. BANDLER; R. & GRINDER; J. (1975)). Beim „pacing / leading“ geht es um eine mikrotherapeutische Vorgehensweise, die auf das Individuum zugeschnitten ist und die Fragen nach Beziehungsmustern innerhalb eines humanen Systems bei Anwesenheit mehrerer Familienmitglieder außer acht läßt.

Sie werden ihrerseits durch die unbewußten Suchprozesse, die durch die indirekte therapeutische Kommunikation während des Befragens angeregt werden, ausgelöst (s. C. c.).

Wichtig bleibt zu betonen, daß diese Phänomene - auch im Unterschied zum modernen Verständnis der Hypnose - nicht durch bestimmte Techniken gezielt herbeigeführt werden. Sie werden im Prozeß der systemischen Therapie **bei-läufig** erreicht. Dies ist gerade ihr spezifischer Vorteil: Um dem Utilisierungsansatz⁵ gerecht zu werden, ist es wichtig, das therapeutisch zu nutzen, was die Familie selbst erzeugt und nicht das, was der Therapeut der Familie nahelegt (s.u.). Natürlich hängt es vom Geschick, der Erfahrung und dem Verständnis des Therapeuten ab, ob und wie er diese Trancephänomene während des Interviews registriert und therapeutisch „utilisiert“.

Darüber hinaus ist es beim Verständnis systemischer Trance wichtig zu wissen, daß die sogenannten klassischen Trancephänomene wie z.B. Amnesie, kataleptisches Verharren, Konfusion, defokussierter Blick usw. in **jedem** (!) systemischen Interview auftreten. Diese sind jedoch nach dem herkömmlichen hypnotherapeutischen Verständnis individualpsychologische Phänomene. Im Unterschied dazu werden diese Phänomene im systemischen Verständnis von Trance als Informationen, das heißt als aktuelle Beziehungsdefinitionen verstanden, die in ihrer Gesamtheit ineinandergreifen und einen Teil der aktuellen Beziehungsmuster ausmachen. Jedes Interview bzw. jede Familie zeigt auf diese Weise ihre eigene, nicht-wiederholbare systemische Trancecharakteristik.

Metapher - the map is not the territory

Möchte man von einem unbekanntem Land, das sich naturgemäß in ständigem politischen Wandel befindet, eine möglichst genaue Beschreibung der aktuellen politischen Situation haben und kann man selbst dieses Land nicht besuchen, so ist folgende Methode möglich: Man befragt verschiedene Bewohner dieses Landes, was sie z.B. denken, wie ihr Nachbar die politische Entwicklung des Landes einschätzt. Daraufhin fragt man den erwähnten Nachbarn, was er wiederum seinerseits mutmaßt, wie der zuerst befragte Einwohner des Landes, die weitere politische Entwicklung des Landes einschätzt.

Mit großer Wahrscheinlichkeit erhält man hier unterschiedliche Einschätzungen. Jetzt stehen einem mehrere weitere Möglichkeiten offen - man kann die Befragten direkt nach ihrer Meinung fragen und / oder die beiden oder einen weiteren Einwohner des Landes fragen, wie er sich die unterschiedlichen Antworten erklärt usw. Entscheidend ist jetzt, daß man aufgrund der Information, die durch die differierenden Antworten zu denselben Fragen geschöpft wurde, Hypothesen bildet. Diese Hypothesen erlauben einem dann auf die konkreten politischen Verhältnisse in dem Land rückzuschließen.

⁵ vgl. Kapitel * jenseits *.

Systemische Trance und Informationsschöpfung

Mit genau diesem Verfahren arbeitet der systemische Familientherapeut: Er befragt in Anwesenheit aller Familienmitglieder jeweils eines über ihre wechselseitigen Beziehungen zueinander. Hierbei hat jede Frage eine **Streuwirkung**: Alle hören die Fragen mit und geben sich selbst unbewußt oder bewußt die Antwort und vergleichen ihre interne Antwort mit der Antwort desjenigen, der die Frage laut beantwortet hat.

Die Folge dieses Prozesses ist, daß sich jede Frage zu einem **partiellen hypnotherapeutischen Induktionsprozeß** gestaltet und das gesamte System in eine koevolvierende Trance versinkt. Diese durch die Befragung angeregte ständige interne koevolvierende Aktualisierung interner Erlebensprozesse, führt durch die kreative Nutzung der **systemischen Konfusion** und **gemeinsamen Trance**, zu einer Umgestaltung (Rekontextualisierung) der bisherigen Familienlandkarten. Genauer gesagt, die Rekontextualisierung der gemeinsamen Familiengeschichte durch jedes einzelne Familienmitglied über sich selbst und seine Beziehungen innerhalb der Familie erzeugt ein neues Selbstverständnis der Familie als Ganzheit.

Hier findet also automatisch ein **Informationsschöpfungsprozeß** statt, der die **rekursive Erkenntnistheorie** der Familie (die Erkenntnistheorie der Familie über sich selbst) neu gestaltet. Diesen Prozeß, der in ähnlicher Weise gleichzeitig durch Live-Supervision im therapeutischen Team abläuft und der mit dessen Hilfe optimiert wird, bezeichnen wir als **kokreativ**.

Wie das therapeutische Team zu dieser Optimierung beiträgt, werden wir im nächsten Abschnitt (Systemische Utilisierung) genauer beschreiben.

Beispiele

Um den dargestellten Prozeß näher zu erläutern, stellen wir hier 2 prägnante Beispiele dar:

1. In einer paartherapeutischen Sitzung fragte der Therapeut die Partnerin nach der Beziehung ihres Freundes zur gemeinsamen Wohngenossin, die zugleich die Sekretärin ihres Freundes ist. In dieser Gesprächssequenz stellte sich heraus, daß der Klient die Wohngenossin schon länger kannte als seine jetzige Freundin. Als der Therapeut die Freundin nach der „Enge“ der Beziehung ihres Freundes zu seiner Sekretärin fragte, hob der Freund fast unmerklich sein Becken etwas an und führte kurze, ruckartige Bewegungen aus. Ca. 3 Minuten später berichtete der Freund, er habe zu seiner Sekretärin früher eine sexuelle Beziehung gehabt.
2. In einer familientherapeutischen Sitzung, in der eine 54-jährige Frau mit ihrem 40-jährigen Ehemann und der 15-jährigen Stieftochter des Ehemannes (leibliche Tochter der Ehefrau) sind, fragt der Therapeut die Ehefrau, wen ihrer Meinung nach der Ehemann lieber habe, die Stieftochter oder sie. Während die Ehefrau antwortet, natürlich habe der Mann sie lieber, rückten Stieftochter und Stiefvater näher aneinander. Danach fragt der Therapeut den Vater, ob dieser mit der Mutter übereinstimme. Dies bestätigt der Stiefvater verbal, gleichzeitig blickt er zu seiner Stieftochter und streichelt mit dem Zeigefinger seiner linken Hand wiederholt seine Lippen. Verbal begründet der Stiefvater seine distanzierte Beziehung zur Stieftochter in Vergleich zur engeren

Beziehung zur Mutter mit „ständigen Reibereien“ zwischen ihm und seiner Stieftochter.

In beiden Beispielen wird deutlich, daß der Therapeut durch die Befragung einer Person Reaktionen bei anderen anwesenden Personen evoziert. Diese Informationen, die natürlich als Beziehungsdefinitionen aufgefaßt werden müssen, geben dem Therapeuten Aufschluß über die Wirkungsmuster der Familie.

4. Systemische Utilisierung

Während der Therapeut die Familie also zirkulär befragt und das „therapeutische System“ (Familie und Therapeut) gemeinsam im beschriebenen Sinne Information schöpfen, beobachten und hören die anderen Mitglieder des therapeutischen Teams das familientherapeutische Interview hinter dem Einwegspiegel mit. Man kann nun das, was die anderen Mitglieder des therapeutischen Teams leisten ebenfalls als Informationsschöpfung ansehen, die durch indirekte Kommunikation - durch den Einwegspiegel - angeregt wird: Die Mitglieder des therapeutischen Teams bilden Hypothesen über die systemischen Beziehungs- oder Wirkungsmuster der interviewten Familie. Das heißt sie entwerfen eine eigene neue rekursive Erkenntnistheorie über das, was die Familie berichtet und wie sie dies durch analoge Wirkungsmuster implizit kommentiert.

Nach dem vorläufigen Abschluß des familientherapeutischen Interviews findet eine Zwischenbesprechung statt, und zwar zwischen den Mitgliedern des therapeutischen Teams hinter dem Einwegspiegel und dem Therapeuten, der die Familie interviewt hat. Der Therapeut wechselt also als „Doppelagent“ die Fronten - nachdem er die Familie interviewt hat, schließt er sich wieder dem therapeutischen Team an. Hier können also der Therapeut und das therapeutische Team ihre Sichtweisen austauschen und ergänzen.

Darüber hinaus kann dieser Prozeß zur erneuten Informationsschöpfung genutzt werden, nämlich der „Erfindung“ der Sichtweise, auf der die therapeutische Intervention beruht. Das therapeutische Team, das das Familieninterview durch den Einwegspiegel beobachten konnte, und der Therapeut, der das Interview leitete, erzeugen erneut eine Erkenntnistheorie über die rekursiven Wirkungsmuster der Familie. Diese stellt die Verstehensbasis dar, auf der die zu entwickelnde therapeutische Intervention zum Abschluß der Sitzung aufbaut: Es wird also keine Intervention geplant geschweige denn ausgeführt, bevor nicht Supervisionsteam und Therapeut eine neue gemeinsame Erkenntnistheorie über die Wirkungsmuster der Familie konstruiert haben.

Das therapeutische Interventionsmuster, das auf dieser vom therapeutischen Team entwickelten Erkenntnistheorie über die familialen Wirkungsmuster beruht, nennen wir **systemische Utilisierung**. Man kann sie in 4 Hauptabschnitte unterteilen.

Die **systemische Utilisierungstechnik** setzt sich also wie folgt zusammen:

1. **Akzeptieren der Problemdefinition** der Klienten - sei es, daß das Problem dargestellt wird als ein individuelles Symptom, ein Beziehungs- oder Mehrpersonenkonflikt.
2. Definition eines Teils oder des gesamten als Problem definierten Ausschnittes des systemisch-rekursiven Kontexts indem er als positiv, erwünscht, sinnvoll oder nützlich im Rahmen von der Neukontextualisierung deklariert wird (**positive Konnotation**).
3. Implizite oder explizite **Neukontextualisierung** durch

- a. Veränderung des „rekursiven Kontexts“ (Kontextweite: wie viele Personen werden in das Problem einbezogen,
 - b. Veränderung des zeitlichen Kontext, falls nützlich
 - c. Veränderung des räumlichen Kontext, falls nützlich.
4. **Verschreibung** eines Teiles oder **der** gesamten **rekursiven Wirkungsmuster**, die das Problem ausmachen oder eines zusätzlichen anderen Teiles.

Wir möchten an dieser Stelle die systemische Utilisierung nicht weiter ausführen, da sie bereits anderenorts (vgl. DEISLER, K.G. (1985), vgl. Kapitel * jenseits *) beschrieben und weiter expliziert wurde. Zum ergänzenden Verständnis können darüber hinaus noch SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1978), DeSHAZER, S. (1982), WEEKS, G. & L'ABATE, L. (1982) sowie HOFFMAN, L. (1982) herangezogen werden.

5. Autosystemische Transformation

Wir postulieren hier, daß die **Beziehungs-** oder **Wirkungsmuster** der menschlichen Kommunikation sich in ständigem revolutionärem Fließen befinden. Wenn man dieses Postulat befolgt, müssen sich demgemäß auch die Beziehungsdefinitionen zwischen verschiedenen Partnern ständig ändern (vgl. S. 5). Wir gehen hier soweit zu behaupten, daß die sogenannten Symptome auftreten, wenn dieser fließende Charakter von Beziehungsdefinitionen nicht gewahrt wird. Man kann diese Art des Entwicklungstempos mit der **Orientierung an Gleichgewicht** vergleichen.

Andererseits kann das evolutionäre Entwicklungstempo jedoch auch so sehr übersteigert sein, daß für die beteiligten Personen keine verlässlichen Beziehungsdefinitionen möglich sind. Dies entspricht einer **Orientierung am Chaos**. Auch in diesem Fall kommt es unserer Annahme zufolge zu Symptomen.

Die Bezeichnung „Orientierung am Gleichgewicht“ bzw. „Orientierung am Chaos“ soll keine negative Wertung implizieren. Die betroffenen lebendigen Systeme haben nämlich gute Gründe, solche Orientierungen zu wählen. Welche diese im Einzelfalle sind, soll uns hier nicht weiter beschäftigen.

Zentral ist jedoch, daß die Beziehungsmuster und definierte Systeme solcher Muster einer ständigen Transformation unterworfen sein müssen, um ein autonomes Fluktuieren zu erlauben. Diese notwendigen Transformationen der Beziehungsmuster zeichnen lebendige Systeme aus. Da diese Transformationen autonom, d.h. selbstständig vonstatten gehen, nennen wir diesen Prozeß **autosystemische Transformation**.

Für autosystemische Transformation können zahllose Beispiele gegeben werden: Wenn ein junges Paar ein Kind bekommt, so müssen sich zwangsläufig die bisherigen Beziehungsdefinitionen ändern; aber sie dürfen auch nicht bei dieser Änderung stehenbleiben, da sonst 6 Jahre später das Schulkind immer noch wie ein Baby behandelt würde. Gleichmaßen wäre es fatal, wenn das 6-jährige Schulkind mit Anforderungen konfrontiert würde, die kulturspezifisch nur an junge Erwachsene gerichtet würden, z.B. Fahren eines PKW. Beziehungsdefinitionen, die ihrer „Zeit nachhinken“, bezeichnen wir als **anachron**; solche, die ihrer „Zeit vorauslaufen“, bezeichnen wir als **metachron**. Wir sind uns dabei bewußt, daß diese Einteilung kulturspezifisch variieren kann

und nicht unabhängig vom Beobachter ist. Die Prozeßeigenschaft der autosystemischen Transformation bleibt davon unberührt.

Wichtigstes Merkmal der autosystemischen Transformation besteht darin, daß sie gewöhnlich auftritt, ohne daß ein sogenannter Therapeut eingreift: Sie ist - ähnlich wie Trance - ein Alltagsphänomen. Die Autosystemische Transformation ist also ein Prozeß, der vom Therapeuten weder entdeckt noch erfunden werden muß, um einer Familie zu helfen.

Autopoiese und Selbstorganisation

Wie insbesondere BATESON (1972) immer wieder betont hat, gibt es verschiedene unterscheidbare Betrachtungsebenen. Man kann diese Ebenen auch als Prozesse definieren, die **re-kursive Kontexte menschlichen Handelns** darstellen (vgl. DEISLER, K.G. (1983)).

Wenn man MATURANA (1982) folgt, zeichnen sich somatische Prozesse dadurch aus, daß sie sich selbst erhalten und erzeugen. Er nennt diesen Prozeß **Autopoiese**. MATURANA selbst betrachtet diesen Prozeß als homöostatische Störungen, die von außen an ein autopoietisches System herangetragen werden, können kompensiert werden. Damit erhält sich dieses System. Ein autopoietisches System erzeugt sich aber auch selbst, indem es sich z.B. ständig selbst erneuert und damit seine existenzielle Identität erhält.

Wenn man den Betrachtungsfokus menschlichen Handelns jedoch erweitert, kann man nicht einfach von einem Sammelsurium autopoietischer Systeme (Menschen) oder einer ungeordneten, zusammengesetzten Einheit sprechen. Jedes lebendige System, das sich selbst überlassen bleibt, neigt dazu, sich in einer bestimmten Form zu organisieren: Dies trifft genauso für menschliche Gruppierungen zu, die sich selbst überlassen bleiben (MAKRIDAKIS, S. (1977)). Die Formen der **Selbstorganisation**, mit der Therapeuten es in den meisten Fällen zu tun haben, sind Relationen und Systeme, die sich aus 3 und mehr Personen zusammensetzen. Akzeptiert man diese Prämissen, kann man also verschiedene Ebenen bzw. Weiten der Selbstorganisation unterscheiden. Für uns ist es in diesem Zusammenhang wichtig zu betonen, daß wir alle natürlich vorkommenden Kontextweiten der Selbstorganisation rekursiv kontextualisieren, so daß wir den jeweils fokussierten Einheiten **relative Autonomie** gegenüber anderen definierten Einheiten beimessen.

Diese relative Autonomie kann man in zweierlei Hinsicht in Beziehung zu anderen autonomen Einheiten setzen:

- a. Einheiten, die sich auf demselben Prozeßniveau entwickeln
(Bsp.: Vergleich zweier Personen)
- b. Einheiten, die sich auf unterschiedlichem Prozeßniveau befinden
(Bsp.: In-Beziehung-Setzen einer Partnerbeziehung mit einer größeren definierten Einheit, die diese Partnerbeziehung einschließt).

Im ersten Fall kann man nach MATURANA, H.R. (1985) von **Koontogenese** sprechen; den zweiten könnte man entsprechend **Metaontogenese** nennen. Die wichtigste Eigenschaft menschlicher Systeme besteht also darin, sich selbst eine Organisationsform zu geben, die sich ständig verändert, d.h. transformiert. Es ist also wichtig, die autosystemische Transformation zu betrachten als eine Phänomen, das aus der Tendenz zur Selbstorganisation resultiert und verschiedenen Ebenen dieser Selbstorganisation zugeordnet werden kann.

Autonome Systeme weisen demzufolge ausgewogene, evolutionäre Prozesse der ständigen Erneuerung von Beziehungsdefinitionsmuster bzw. Wirkungsmustern auf.

Heteronome oder Autonome Systeme?

Den bisherigen Überlegungen zufolge lassen sich Systeme, die Symptome aufweisen, als solche definieren, die gegenüber anderen Systemen derselben oder höheren Ordnung mangelnde Autonomie aufweisen: Solche Systeme können ihre eigenen Probleme nicht selbständig, d.h. ohne Hilfe anderer lösen. Man kann auch sagen, daß die Prozesse der autsystemische Transformation dieser Systeme in Relation zu anderen Systemen von irgendeiner Seite als „gestört“ definiert werden.

Wir behaupten also, daß diejenigen, die sich selbst als hilfsbedürftig definieren und / oder von anderen als hilfsbedürftig definiert werden, damit meist sagen, ihre Autonomie sei eingeschränkt - dies gilt sowohl für Individuen als auch für Systeme höherer Ordnung. Autonome Systeme, also solche, die keine Hilfe benötigen, setzen sich im Gegensatz dazu zu anderen Systemen in Relation, indem sie ihre Eigenständigkeit, Unabhängigkeit oder mangelnde Hilfsbedürftigkeit kundtun.

Wir wollen an dieser Stellen nicht alle möglichen Spielarten der eingeschränkten Autonomie abhandeln, da es uns hier lediglich auf die basalen Prämissen unsere Arbeit ankommt.

Wir gehen jedoch davon aus, daß Personen, die zu uns kommen und uns um Hilfe bitten, damit ihre Beziehungsdefinitionen so gestalten, daß sie sich selbst in ihrer Autonomie behindert sehen. Sie fordern uns explizit oder implizit auf, ihnen dabei behilflich zu sein, ihre Autonomie wiederzugewinnen. Demzufolge ist es unser primäres Anliegen, durch therapeutische Interventionen die „eingeschränkte Autonomie“ wiederherzustellen. Man kann aber auch sagen, daß unsere therapeutischen Interventionen darauf abzielen, daß die hilfeschenden Personen ihre Beziehungsdefinition uns gegenüber so neu gestalten, daß sie uns mitteilen: Wir brauchen Euch nicht mehr, da wir uns selbst helfen können bzw. weil wir wieder autonom bezüglich unserer Probleme sind. Aus diesem Grund betrachten wir uns nicht als „Heiler“, „Ärzte“, „Mediziner“ oder Angehörige eines „Heilberufes“: Unsere Tätigkeit besteht lediglich in der **Evoizierung autsystemische Transformationsprozesse**, die die Selbstorganisation stärkt und dadurch erst sekundär die Selbstheilungstendenzen fördert.

Das wichtigste Ergebnis unserer therapeutischen Arbeit ist erreicht, wenn z.B. eine Familie zu verstehen gibt, daß sie ihre fließenden Beziehungsdefinitionsmuster untereinander und in Beziehung zu anderen ohne professionelle Hilfe gestalten kann. Wichtigstes Ziel der Therapie ist es also, die Ratsuchenden durch mehr oder weniger indirekte Methoden in die Lage zu versetzen, ihre eigenen Probleme zu lösen.

Die ratsuchende Familie gibt damit zu verstehen: Wir sind der beste Fachmann für uns selbst.

6. Fallbeispiel

Da die Minnigliche also
Witwe ward, blieb in dem
Lande der Graf Eckeward,
bei ihr mit seinen Mannen.
Die Treue ihm das gebot.
Er diente seiner Fraue frei-
willig bis an seinen Tod.

Das Nibelungen Lied

Im folgenden Abschnitt wird ein Beispiel unserer therapeutische Praxis dargestellt. Mit diesem Fall möchten wir die im theoretischen Teil angesprochenen Bereiche so gut wie möglich aus der Praxis belegen.

Vorgeschichte

Anfang 1983 wurde von einer weiterführenden Schule im norddeutschen Raum die Familie Schmitt an uns überwiesen⁶. Das Indexproblem bestand in der Gewalttätigkeit des 14-jährigen Sohnes Frank (Einzelkind). Er wurde in der Schule auffällig, als er seinen Lehrern drohte, sie durch seine Bande zusammenschlagen oder erschießen zu lassen, falls sie aufgrund seines schlechten Benehmens disziplinarische Maßnahmen gegen ihn ergreifen würden. Von dieser Bande wurde später bekannt, daß sie einige schwere Einbruchsdiebstähle, Hehlereien usw. begangen hatte. Die Drohungen wurden von Frank so ernsthaft geäußert, daß einige der betroffenen Lehrer sich voller Angst an den Direktor wandten. Es war zudem bekannt, daß Frank bei einer Auseinandersetzung mit seinem Vater diesem mit einem Messer angegriffen hatte und ihn dabei tief in die Hand geschnitten hatte.

Den Eltern wurde vom Direktor der Schule mitgeteilt, daß Frank nur auf der Schule verbleiben könne, wenn sich das Verhalten ihres Sohnes bessere. Der Familie wurde eine Therapie im ifm empfohlen.

Kontaktaufnahme der Familie mit dem ifm

Ca. 3 Wochen nach dem Gespräch mit dem Schuldirektor rief der Vater, ein 49-jähriger promovierter Ökonom und leitender Angestellter, bei uns an und stellte das Problem kurz dar: Er teilte mit, daß er ebenso wie seine Frau (46 Jahre, Hausfrau) dem Problem mit Frank hilflos gegenüberständen. Eine ca. 1 1/2-jährige Therapie in einer Erziehungsberatungsstelle bei Frau Müller, die als Frank 12 Jahre alt war, begonnen wurde, habe ihm und seiner Frau sehr geholfen, aber bezüglich Frank keine Veränderung bewirkt. Frank werde seit seiner Kindergartenzeit von Erziehungspersonen als asozial und egoistisch geschildert. Es sei den meisten Menschen nicht klar, welche Gefühlsregungen in ihm vorgehen würden. Er hoffe, daß diese Therapie Besserung bringe.

Es wurde ein Termin ca. 3 Wochen später vereinbart, an dem Frank mit seinen Eltern teilnehmen sollten. Der Vater wurde aufgefordert, das Problem nochmals vor der ersten Sitzung brieflich darzustellen. Über die bereits bekannten Informationen, die der Vater telefonisch mitgeteilt hatte, ging aus dem 3-seitig, handgeschriebenen Brief folgendes hervor:

Frank sei sehr intelligent, was sich daran zeige, daß er immer ein Schüler mit guten Noten gewesen sei. Zudem verstehe er es blendend, mit allen möglichen erwachsenen Autoritäten auf Kollisionskurs zu gehen und sie rhetorisch in die Enge zu treiben. Frank habe zudem sehr „flache“ Interessen, lese keine Bücher, schaue nur fern, habe keine Freude an der Leistung, störe jede Atmosphäre und habe keinen Familiensinn.

⁶ Namen wurden geändert.

Therapiesitzung⁷

In der vorbereitenden Supervisionssitzung ergaben sich für das therapeutische Team folgende Probleme:

1. Die Überweisung könnte von den Eltern als eine Zwangsmaßnahme aufgrund der Drohung des Schuldirektors verstanden worden sein.
2. Die Problemdarstellung des Vaters war ausschließlich auf Frank und dessen Charakter zentriert.
3. Gleichzeitig hatte der Vater weder im Telefongespräch noch im Brief Zweifel daran aufkommen lassen, daß in der Familie alles zum Besten stünde und die Eltern alles nur erdenkliche getan hatten, um Frank zu helfen.
4. Aufgrund der Punkte 1.-3. hatte der Mitarbeiter des ifm, der den Anruf des Vaters entgegengenommen hatte, entschieden, die Basisdaten⁸ der Familie am Telefon nicht zu erheben. (Dies widerspricht der üblichen Praxis im ifm).

Eingedenk dieser 4 genannten Punkte entschied das therapeutische Team im ersten Abschnitt des Interviews:

- die Familienmitglieder zu fragen, ob sie damit einverstanden seien, zu dem therapeutischen Gespräch ins ifm zu kommen,
- die Basisdaten zu erheben und
- sich das Problem nochmals aus Sicht der verschiedenen Familienmitglieder darstellen zu lassen.

Interviewsequenz

Dieser erste Teil des Interviews dauerte ca. eine Stunde. Die Gesprächsatmosphäre läßt sich wie folgt beschreiben: Die Familie gab bereitwillig über die Basisdaten Auskunft und vermittelte einen sehr kooperativen Eindruck solange sich die Befragung innerhalb der Erkenntnistheorie der Familie bewegte⁹. Der Tenor der Aussagen läßt sich wie folgt in Worte fassen:

Wir als christliche Familie sind mit Frank am Ende unserer erzieherischen Möglichkeiten. Frank ist eine schwere Prüfung für uns, die wir aber geduldig auf uns nehmen, selbst die Ereignisse, bei denen Frank uns gegenüber gewalttätig wird. Insgesamt versuchte die Familie den Eindruck zu erwecken, trotz der Schwierigkeiten mit Frank, intakt zu sein. Auffällig war der Gegensatz der Sprechweise von Vater und Sohn: Herr Schmitt war betont verständnisvoll; in sakralem

⁷ Die gesamte Sitzung einschließlich Vorbereitung, Interview und Nachbereitung und Abfassung der schriftlichen Stellungnahme dauerte 5 Stunden.

⁸ Vgl. Appendix, Teil I.

⁹ Während des Interviews zeigten die Familienmitglieder Verhaltensweisen, die nach hypnotherapeutischen Beurteilungskategorien als Trancephänomene zu definieren sind. Die genaue Darstellung dieser Tranceprozesse würde eine gesonderte Analyse der therapeutischen Mikroprozesse notwendig machen, die den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen würde. Aus diesem Grund sind die Trancephänomene nur soweit erwähnt, wie sie uns für die Falldarstellung sinnvoll erschienen.

Tonfall und salbungsvoller Ausdrucksweise berichtete er über die Familienangelegenheiten. Während Herr Schmitt berichtet, hören Mutter und Sohn meist andächtig zu; sie verharren meist in der Körperhaltung, die sie zuletzt einnahmen. Dies entspricht dem **Trancephänomen der Katalepsie**, da die Körperstellung zum Teil über Minuten eingehalten wurde.

Frank hingegen antwortete schnodderig, unverständlich und belehrend. Er stellte sich als clever, kaltblütig, absolut verblüffungsfest und für sein Alter ausgekocht dar. Bei seinen Berichten gearten die Eltern des öfteren in Erregung: Frank versteht es am besten, die anderen Anwesenden durch seine Worte zu **tranceartigen rudimentären Verhaltensresten**, die das Miterleben der anwesenden Familienmitglieder begleiten und aktuelle Wirkungsmuster des Interviews aufzeigen, anzuregen.

Die Mutter stellte sich dar wie eine wohlerzogene, gutbürgerliche Frau, die ihre Familie entsprechend zu repräsentieren weiß. Auch ihr gelingt, eher als dem Vater, das **tranceartige Miterleben** der anderen beiden Familienmitglieder zu erregen.

Das Ergebnis dieses Interviews war folgendes:

1. Die Familienmitglieder erklärten sich bis auf Frank mit der Therapie einverstanden und schienen sehr motiviert.
2. Die Basisdaten wurden vollständig erhoben:
 - der Vater von Herrn Schmitt starb 1973 im Alter von 74 Jahren am Geburtstag Franks
 - die Mutter von Herrn Schmitt lebt als Witwe im Alter von 82 Jahren in einer Großstadt ca. 400 km entfernt; im selben Haus wohnt der verheiratete, aber kinderlose Bruder von Herrn Schmitt, der wie Herr Schmitts Sohn mit Vornamen ebenfalls Frank heißt. Die Frau des Bruders von Herrn Schmitt war Kinderpsychotherapeutin
 - beide Eltern von Frau Schmitt sind tot (Vater 79, im Alter von 71 Jahren, Mutter 74, im Alter von 69 Jahren)
 - Frau Schmitt hat einen Bruder (49 Jahre, verheiratet, 2 Kinder) und eine Schwester (47 Jahre, verheiratet, 2 Kinder)
 - beide Ursprungsfamilien sind miteinander verwandt: die Großmütter waren Cousinsen 2. Grades dadurch, daß die Urgroßmütter Stiefgeschwister waren. Beide Ursprungsfamilien entstammen der oberen Mittelschicht und leben in christlicher Tradition.
3. Die nochmalige Darstellung des Problems durch die Familienmitglieder brachte keine neue Information.

Zusätzlich zu diesen Punkten ergab der erste Teil des Interviews folgende Informationen:

Der Bruder von Herrn Schmitt hat im Gegensatz zu Herrn Schmitt keine akademische Bildung und wird als körperlich kräftig und psychisch sehr robust beschrieben.

Der Vater von Herrn Schmitt war in der Heimatstadt, in der die Mutter heute noch lebt, bis zum Kriegsende ein mächtiger administrativer Funktionär der NSDAP. Herr Schmitt stellte seinen Vater als schwärmerischen Nationalsozialisten dar, für den mit Kriegsende eine Welt zusammenbrach, der sich dann vom öffentlichen Leben zurückzog und bis zu seinem Tod als gebrochener Mann galt.

Die Mutter von Herrn Schmitt trauert bis zum heutigen Tag um ihren Mann. Herr Schmitt schreibt seiner Mutter wöchentlich einen 2-3-seitigen Brief, indem er alle positiven Dinge seines Familienlebens darstellt, während unangenehme ausgespart bleiben: Insbesondere die negativen Ereignisse mit seinem Sohn, dem einzigen Enkel seiner Mutter, werden nicht erwähnt.

Alle Familienmitglieder fürchten, daß das Leben der Großmutter verkürzt würde, wenn die Briefe ausblieben. Alle sind um das Wohlergehen der Großmutter sehr besorgt.

Frau Schmitt beschreibt die Beziehung zwischen ihrem Mann und ihrer Schwiegermutter als sehr eng und herzlich, während sie selbst schon heftige Auseinandersetzungen mit ihr hatte. Sie habe ihrer Schwiegermutter durch ihre Heirat den Lieblingssohn weggenommen.

Da sich die Großmutter in Franks Baby- und Kleinkindalter sehr stark in die Erziehung von Frank einmischte, hat Herr Schmitt 1970 (Frank war 5 Jahre alt) seiner Frau zu Liebe seine Heimatstadt verlassen; zudem wollte sich Herr Schmitt beruflich verbessern.

Nach Meinung der Eltern ähnelt ihr Sohn Frank am meisten seinem Onkel Frank, der wiederum sehr seinem Vater (dem Großvater Franks) gleicht, während Herr Schmitt als Lieblingssohn seiner Mutter gilt. Die Eltern berichten übereinstimmend, daß Frank zu seinem Onkel eine kameradschaftliche Beziehung habe, im Gegensatz zu ihnen selbst aber seinen Onkel respektiere.

Alle Familienmitglieder geben zu verstehen, daß sie erstaunt und ungeduldig darüber sind, daß der Therapeut diese Informationen über die familialen Beziehungen erfragte, da dies ihrer Meinung nach nichts mit dem Problem zu tun habe.

Die Eltern weisen in diesem Zusammenhang auf die vorherige Therapie bei Frau Müller hin und betonen, daß sie zu ihr immer noch ein vertrauensvolles Verhältnis haben und sie zudem schon überlegt hätten, ob sie nicht mit Frau Müller wieder Kontakt aufnehmen sollten.

Danach berichten Vater und Mutter von einer aktuellen Episode, in der Frank einmal wieder seine Gewalttätigkeit unter Beweis stellte: Kurz vor der Therapiesitzung sei Onkel Frank bei der Familie zu Besuch gewesen. Im Laufe des betreffenden Abends sei es zwischen Frank und seiner Mutter aus nichtigem Anlaß zu einer Auseinandersetzung gekommen, in deren Verlauf Frank seine Mutter zu Boden schleuderte, so daß sie sich eine schwere Verstauchung der rechten Hand zuzog. Herr Schmitt habe diesem Geschehen erschüttert und hilflos gegenüber gestanden. Daraufhin habe Onkel Frank die Initiative ergriffen, Frank zur Rede gestellt und ihn verprügelt. Frank sei danach so erschüttert gewesen, daß er weinte und zum wiederholten Male Besserung lobte.

Bei der Darstellung dieses Ereignisses gerät die gesamte Familie in Aufruhr, das heißt nach unserem Verständnis, die Familie zeigt **systemische Tranceprozesse**: Der Vater verliert seine sakral-beruhigende Wirkung, die Mutter zeigt unbewußt ihre verbundene linke Hand und steuert erregt Details der Begebenheit bei. Der Sohn wird unruhig, zeigt erhöhte gestische Aktivität und versucht sich zu rechtfertigen.

Das Sprechen über dieses Ereignis führte also zu einem Phänomen, das man hypnotherapeutischem Verständnis gemäß als Aktivierung von internen Erlebensprozessen definieren kann. Bei diesen Prozessen zeigten die Familienmitglieder Verhaltensrudimente, die gleichzeitig wichtige analoge Beziehungsdefinitionen zum Ausdruck brachten und die dem therapeutischen Team wichtige Hinweise für die Entschlüsselung des Problems gaben. Diese Hinweise gingen in die Konstruktion des Problems seitens des therapeutischen Teams - vgl. schriftliche Intervention - ein.

Zwischenbesprechung im therapeutische Team und Verabschiedung der Familie

In der Zwischenbesprechung entwickelte das therapeutische Team einige Hypothesen, die im Anschluß durch eine weitere Befragungsequenz überprüft und im wesentlichen erhärtet wurden. In der darauffolgenden 2. Besprechung des therapeutischen Teams wurde ein Fragment eines Kommentars entwickelt. Das therapeutische Team kam zu dem Schluß, daß dieser Kommentar im Stile der Familienkommunikation abgefaßt, d.h. recht drastisch sein müsse, um eine Wirkung zu erzielen. Weiter entschied das therapeutische Team, daß dieser Kommentar, einige Zeit benötigen würde, um eine autostemische Transformation anzuregen. Antizipie-

rend nahm das Team vorweg, daß die Familie den Kommentar eventuell mit der vorherigen Therapeutin Frau Müller durchsprechen würde; dies sollte im Kommentar berücksichtigt werden.

Der Familie wurde darauf vom Therapeuten ein weiterer Termin mitgeteilt, der erst 2 Monate später lag. Der Familie wurde ein schriftlicher Kommentar angekündigt. Das Ehepaar Schmitt gab zu Bedenken, daß der Abstand bis zur nächsten Sitzung zu lang sei. Der Therapeut erklärte das therapeutische Team wolle der Familie Zeit genug geben, die schriftlich Stellungnahme zu bearbeiten. Danach wurde die Familie verabschiedet.

Schriftliche Intervention

Der folgende Kommentar wurde ein paar Tage später in seiner endgültigen Form abgefaßt und mit folgender Anweisung an die Familie geschickt:

Inhalt des Briefes

Erläuternder Kommentar

ANWEISUNG:

Sehr geehrter Herr Dr. Schmitt,

Lesen Sie diesen Brief Ihrer Frau und Ihrem Sohn langsam und deutlich vor dem gemeinsamen Abendessen vor. Sorgen Sie bitte dafür, daß Sie nicht unterbrochen werden und der Brief von jedem der Anwesenden bis zu Ende angehört wird.

Von uns wird meistens bei schriftlichen Interventionen das Prinzip des Briefes im Brief angewandt. Auf dem „äußeren“ Briefumschlag steht die Adresse. In diesem Briefumschlag befindet sich ein weiterer Briefumschlag, auf dem die Art, wie mit der schriftlichen Intervention zu verfahren ist, erklärt wird. In diesem inneren Briefumschlag befindet sich der eigentliche schriftliche Kommentar.

In diesem Fall haben wir den Fehler gemacht, die Anweisung nicht präzise genug zu gestalten: Die Anweisung erlaubt dem Vater, den Brief bereits für sich alleine zu öffnen, bevor er ihn den anderen vorliest. Damit kann er bestimmen, ob er nach Lesen des Inhalts überhaupt noch bereit ist, den anderen Familien-

mitgliedern den Brief vorzulesen¹⁰.

Familie
S C H M I T T

Marburg, den

Prozeßdiagnostischer Befund

Sehr geehrte Familie Schmitt,

von dem Familieninterview am ... war das therapeutische Team des ifm sehr beeindruckt.

Häufig zu Beginn eines Briefes angewandte **positive Konnotation**.

Ihre Ehe, Frau Schnitt und Herr Schmitt, zeichnet sich insbesondere durch ideelle christliche Liebe und Zuneigung aus. Dies wird unterstützt durch die Verwandtschaft Ihrer beiden Ursprungsfamilien, in denen Sie beide noch sehr verwurzelt sind. Gerade aus diesem Grund ist es verständlich, daß Sie vom Verhalten Ihres Sohnes Frank so enttäuscht sind.

Positive Konnotation des gesamten Familienhintergrundes. Akzeptieren der Reaktion der Eltern in Bezug auf Frank. Leichte **Provokation** durch Hinweis auf die Verwandtschaft der beiden Ehepartner: Anspielung auf die Angst der Eltern vor Inzest.

Für Sie, Herr Schmitt, und für Ihren Bruder Frank ist **Ihre Mutter eine außergewöhnliche Frau, die hohe moralische und ethische Werte repräsentiert**. Deshalb haben Sie sich

¹⁰ Dieser „Fehler“ erwies sich im nachhinein als vorteilhaft: Die Eltern lasen den Brief zusammen und entschieden, den Sohn nicht mit diesem Brief zu konfrontieren. Dies kann man als „autosystemische Transformation“ ansehen, in der die Eltern implizit eine generationale Grenze zwischen ihnen und ihrem Sohn definierten. Gleichzeitig zeigten sie sich als Eltern gegenüber dem Therapeutischen Team autonom.

auch nach dem Weggang aus Heimatstadt entschlossen, Ihrer Mutter als liebender und sorgender Sohn jede Woche einen Brief zu schreiben. Aus Ihrer Heimatstadt sind sie weggegangen aus Liebe zu Ihrer Frau, und um die ökonomische Sicherheit Ihrer Familie zu festigen. Insbesondere seit dem Tod Ihres Vaters möchten Sie Ihrer Mutter Leid und Kummer ersparen, Übel von ihr abwenden und dafür sorgen, daß sie respektiert und in Ehren gehalten wird.

Sie wissen, daß Ihre Mutter sehr unter dem Tod Ihres Vaters gelitten hat, und Sie fürchten, daß auch der Weggang aus ihrer Heimatstadt ihr Kummer bereitet hat.

Ihr Bruder Frank hilft ebenfalls Ihrer Mutter tatkräftig, durch ständige Anwesenheit im Hause und praktische Hilfe.

In diesen Abschnitt fließen die Hypothesen des therapeutischen Teams über das Beziehungsnetz der Familie ein: Für Franks Probleme ist die Seite der Ursprungsfamilie der Ehefrau eher irrelevant. Deshalb konzentriert sich das therapeutische Team in der positiv-konnotierenden Beschreibung der bei den Brüdern Schmitt in Beziehung zu ihrer Mutter und dem toten Vater.

Hier wird vorbereitend die **interpersonale Kontextweite** des Verhaltens von Frank akzentuiert, innerhalb derer Franks Verhalten zu verstehen ist. (**Neukontextualisierung** im Vergleich zum Erklärungsmodell der Eltern).

Was bisher jedoch keiner bemerkt hat, ist daß **Ihr Sohn Frank ebenfalls seine Großmutter abgöttisch liebt und verehrt**. Er hat sich lange mit dem Problem beschäftigt, ob die Hilfe, die Sie und Ihr Bruder Ihrer Mutter geben, ausreicht: Er hat entschieden, daß dies nicht der Fall ist und daß die Hilfe der beiden Brüder für Ihre Mutter nur ein schwacher Trost für den Verlust des Großvaters ist. Aus diesem Grund hat er sich insgeheim (oder unbewußt) entschlossen, sich selbst **aufzuopfern, indem er sich verleugnet, mit dem Großvater identisch wird und Ihr damit den Ehemann ersetzt**. Sein ausschließliches Streben ist darauf gerichtet, so zu sein wie der Großvater, als er im Zenit seines Lebens stand.

Aus Liebe zu seiner Großmutter nimmt Frank sogar in Kauf, als **Neonazi verkannt zu werden**, indem er sich gewalttätig gegenüber seinen Eltern, als militanter Waffennarr im Kreis seiner Mitschüler darstellt und sich gewissen Banden anschließt.

Zunächst wird Frank mit seinen Verhaltensweisen hier in den im vorigen Abschnitt hergestellten neuen Kontext einbezogen, indem eine überraschende Wendung in der Erklärung von Franks Verhalten erzeugt wird. Das Verhalten Franks wird **neufunktionalisiert** (vgl. DEISSLER, K.G. (1985, a). Nachdem vorher im wesentlichen die Erkenntnistheorie der Familie bestätigt worden war, wird nun **neue Information erzeugt** (vgl. DEISSLER, K.G., 1985, b).

Sein Verhalten wird **implizit neudefiniert**. Frank rivalisiert mit den Söhnen der Großmutter: Wer bringt das größte Opfer für die Großmutter, um diese für den Verlust des Großvaters zu trösten und ihr Leben möglichst zu verlängern. Das ganze wird, nachdem oben eine **sanfte Konfusion**¹¹ erzeugt wurde, auf die Spitze getrieben, indem eine harte Provokation erzeugt wird. Der Enkel, der als Neonazi verkannt wird, ersetzt der Großmutter den Ehemann).

Niemand hat jedoch bisher erkannt, daß er all dies seiner Großmutter zu Liebe tut, zumal er fürchtet, daß diese nicht mehr lange leben wird. Vor dem **Tod seiner Großmutter** wird er daher versuchen, mindestens noch eine herausragende Tat zu begehen, die zeigen soll, daß er dem Großvater ebenbürtig ist und daß er in **Nibelungentreue** zu seiner Großmutter steht.

Zunächst wird wiederum die Leistung für die Großmutter positiv hervorgehoben. Danach wird die oben erwähnte **Kontexterweiterung fortgeführt - und zwar in der Zeitperspektive** nämlich in die Zukunft: Der zu erwartende Tod der Großmutter wird verknüpft mit der Voraussage, daß Frank noch eine „heraus-

¹¹ ZEIG, J. (1983): ZEIG unterscheidet zwischen „soft“ und „hard confusion“.

ragende Tat“ begehen wird, d.h. eine unbestreitbare („todsichere“) Tatsache wird paradox mit der Handlungsweise Franks verknüpft: Dadurch wird den Eltern die Gelegenheit gegeben, die unbestreitbare Tatsache zwar zu akzeptieren, sich dafür aber umso heftiger gegen Franks Großtat zu wehren. Das Ganze wird in den Kontext des bekanntesten germanischen Heldenmythos, der Nibelungensage, gestellt. Anders ausgedrückt: Der bisherige **Familienmythos**, der sich um die nationalsozialistische Vergangenheit der Großeltern rankt, wird therapeutisch erweitert, indem indirekt suggeriert wird, daß der Enkel so tut, als sei er der Erbe dieser Familientradition und als seien ihm um der archaischen Treue willen Taten zuzutrauen, wie sie im Nibelungenlied von den größten deutschen Helden besungen werden.

Von dieser außerordentlichen Opferleistung Franks ist das therapeutische Team erschüttert. Angesichts der beschriebenen Sachlage fürchten wir, daß unsere therapeutischen Möglichkeiten nicht wirkungsvoll sein werden.

Das therapeutische Team konnotiert dies alles positiv, indem es erneut seiner außerordentlichen Bewunderung Ausdruck gibt. Angesichts dieser Sachlage **erklärt sich das therapeutische Team hilflos**, um damit bei der Familie die „**autosystemische Transformation**“ zu evozieren, die diesen **vom therapeutischen Team geschaffenen Mythos** ablehnt und alles als Unsinn erklärt (DEISSLER, K.G. et al. (1985)).

Gleichzeitig wird sich aber die Familie durch diesen Mythos so provoziert fühlen, daß sie das Problem auf eine angemessene und kreative Weise lösen wird. Durch die Deklaration des therapeutischen Teams, es sei im hilflos, wird die Familie in eine unhaltbare Situation gebracht: Entweder sie akzeptieren den **therapeutischen Mythos** und kommen weiter und bitten deshalb weiter um Hilfe oder sie lehnen den Mythos ab, bezichtigen das therapeutische Team der Inkompetenz und lösen auf diese Weise ihr Problem, indem sie einen Gegenmythos kreieren und sich nicht mehr als hilfsbedürftig deklarieren.

Möglicherweise wäre es sinnvoll, daß Sie das Ganze nochmals mit Frau Müller oder Ihrer Schwägerin durchsprechen oder beides tun. Vielleicht wissen beide einen Rat.

Das therapeutische Team antizipiert, daß die Familie möglicherweise mit Frau Müller (ehemalige Therapeutin) oder der Schwägerin Kontakt aufnehmen wird, um von diesen der Familie nahestehenden Fachleuten den vom therapeutischen Team kreierte Mythos als Unsinn bestätigen zu lassen. Zudem hofft das therapeutische Team, daß der neue Mythos auf indirektem Wege über die Schwägerin, ihren Mann, Onkel Frank, bis zur Großmutter gelangt. Das heißt, wenn der therapeutische Mythos von der Familie abgelehnt wird, dann hat dies zur Folge, daß die Großmutter als nationalsozialistische Mythenfigur entmythologisiert, wieder unter die normal Sterblichen eingereiht und die jüngere Generation die der Großmutter zugeschriebene Macht erstmals selber gewinnt (**autosystemische Transformation**).

Mit freundlichen Grüßen

Klaus G. Deissler
i.A. des therapeutischen Teams

Wirkungen

Einige Tage nach Versenden des Kommentars rief Frau Müller, die ehemalige Therapeutin der Familie bei uns an und teilte uns mit, daß Herr Schmitt sich an Sie gewandt habe, um mit ihr den von uns zugesandten Brief zu besprechen. Sie fragte, wie sie sich verhalten solle: Es wurde vereinbart, daß sie nicht oder möglichst neutral auf den Brief reagieren solle. Sie schlug vor, daß sie die Familie an uns zurückverweise. Frau Müller verhielt sich wie verabredet, besprach jedoch noch einige weitere Themen mit der Familie.

Wir erhielten eine Woche nach der beschriebenen therapeutischen Sitzung einen neutral gehaltenen Brief von Herrn Schmitt, indem er ankündigte, zum nächsten Termin alleine kommen zu wollen, um über den Brief zu sprechen - soweit er nichts anderes höre. Als Antwort wurde Ihm mitgeteilt, daß er zum nächsten Termin wie vereinbart mit der gesamten Familie (Ehefrau und Sohn) kommen solle.

Zum vereinbarten Termin erschien jedoch Herr Schmitt alleine: Er zog sofort den Brief aus der Tasche und berichtete, er schwanke zwischen Neugierde und Empörung über den Brief. Seine Frau sei aufgrund des Briefes nicht mehr bereit mitzukommen. Der Therapeut müsse ein Genie oder fachlich inkompetent sein, um nach einer einzigen Sitzung zu solchen Schlußfolgerungen zu gelangen. Seine Frau und er haben nach Lektüre des Briefes beschlossen, Frank den Brief nicht vorzulesen. Beide empfänden es als Zumutung, die Familie mit einem solchen Problem alleine zu lassen¹². Dies sei nicht geeignet, Geld zu verdienen. Dabei spielte er darauf an, daß er sich provoziert fühle und ein Gegenmittel darin sähe, die Therapiesitzung nicht zu bezahlen.

Danach berichtet Herr Schmitt, das Verhalten Franks habe sich deutlich gebessert: Sowohl zuhause als auch in der Schule sei er nicht auffällig. Das finde jedoch eine einfache Erklärung. Nach der ersten Therapiestunde habe sich folgendes abgespielt: Hier unterläuft Herrn Schmitt ein Phänomen, das bei Hypnotherapeuten als **amnestische Zeitverzerrung** bekannt ist. Er erzählt den Zwischenfall mit Onkel Frank, der seinen Sohn Frank verprügelte, nachdem dieser Frau Schmitt seine Mutter nach einer nichtigen Streitigkeit zu Boden geschleudert hatte. Diesen Vorfall erzählt Herr Schmitt exakt auf die gleiche Weise und mit demselben Inhalt wie in der ersten Sitzung - nur mit dem Unterschied, daß er sich darauf versteift, dieser Vorfall habe nach der ersten Sitzung stattgefunden.

Die Sitzung geht zu Ende, indem Herr Schmitt fordert:

1. Das therapeutische Team solle erklären, wie es in so kurzer Zeit zu diesem gravierenden Befund gekommen sei.
2. Die Art des Befundes solle bekanntgegeben werden.
3. Warum es keine Therapie anbiete und
4. die Sorgen der Familie vergrößere?

Der Therapeut ist damit einverstanden; er erklärt, daß Herr Schmitt eine Antwort erhalten werde, sobald die Kosten für diese Stunde bezahlt seien.

¹² Vergleiche Fußnote 2: Hier wird deutlich, wie intensiv die schriftliche Intervention auf die Autonomie der Familie wirkte: Die Intervention provozierte nicht nur die relative Autonomie der Eltern in Beziehung zu ihrem Sohn, sondern auch die gesamte Familie als ganze: Sie fühlt sich alleine gelassen und protestiert gegen den Therapeuten, indem sie die Implikationen der schriftlichen Stellungnahme anzweifelt. Sie leistet also Widerstand gegen die Therapie, indem sie die Prämissen, die dem Problem zugrunde liegen, ablehnt. Dadurch wird eine „autosystemische Transformation“ angeregt, in dessen Begleitung die Symptome verschwinden.

Einen weiteren Termin wollte Herr Schmitt vorerst nicht vereinbaren.

Seit diesem letzten Termin sind 1 1/4-Jahr vergangen, die Therapiestunde ist nicht bezahlt, Frank aber weiterhin nach übereinstimmenden Berichten seiner Lehrer problemfrei.

Der Schuldirektor teilte auf Anfrage mit, ein Verweis von der Schule stünde nicht mehr zur Debatte, von den Lehrern Franks habe er keine Klagen mehr vernommen, Frank habe sich in seinem Verhalten konstruktiv geändert, er sei gegenüber Hinweisen der Lehrer aufgeschlossener und ließe sich leichter etwas sagen. Bis auf eine heftige Ohrfeige, die Frank einem Mitschüler verabreichte, sei er nicht aufgefallen. Der Schuldirektor ließ jedoch durchblicken, daß er nicht sicher sei, ob diese Wirkungen durch die Therapie erzielt worden seien. Er brachte dies in Zusammenhang damit, daß die Eltern ihm gegenüber angedeutet hätten, mit der Therapie nicht zufrieden zu sein.

Eine, die Schule beratende ärztliche Psychotherapeutin, bestätigte die Aussagen über die konstruktiven Änderungen indirekt, indem sie mitteilte, daß ihr der Name des Schülers nicht bekannt sei.

Zur weiteren Überprüfung dieser Mitteilungen wurde eine telefonische Nacherhebung durchgeführt. Der Koautor dieses Artikels führte dieses Interview durch. Er erreichte die Mutter am Telefon. Ohne daß der Interviewer spezifische Fragen gestellt hätte, berichtete sie in einer Weise, die den Gedanken nahelegt, sie habe nur darauf gewartet, all ihre diesbezüglichen Gedanken loszuwerden. Sie sagte im einzelnen, sie sei mit der Therapie überhaupt nicht zufrieden gewesen, mit ihrem Sohn sei sie im Gegenteil sehr zufrieden! Dieser habe „auf der gesamten Linie“ eine positive Entwicklung genommen. Er habe seine Pubertätskrise überwunden und sei ein guter Schüler geworden. Seine Noten lägen zwischen 1 und 2; selbst in seinem schwächsten Fach - Latein - habe er sich gebessert.

Mit dem Brief sei sie überhaupt nicht einverstanden gewesen, lediglich daß sie und ihr Mann eine harmonische Ehe führten, sei richtig. Insbesondere habe sie sich gewundert darüber, daß Frank seine Großmutter abgöttisch lieben solle und daß er, bevor sie sterbe, „noch erheblich was tun würde“; damit sei sie nicht einverstanden. Der ganze Brief sei für sie ein Fragezeichen. Mit Frank würden die Eltern gut fertig, sie kämen alleine gut zurecht.

Eine Äußerung machte den Interviewer jedoch stutzig: Frau Schmitt äußerte einen Satz, den man so verstehen könnte, daß das Ehepaar eine weitere Therapie gemacht hätte. Der Satz lautete: „Wir haben uns anderweitig orientiert.“. Der Interviewer fragte daraufhin, ob das heißen würde, daß sie sich einen anderen Therapeuten gesucht hätten.

Darauf teilte Frau Schmitt mit, weitere Fragen würde sie nur auf schriftliche Anfrage beantworten.

Das therapeutische Team beschloß daraufhin, nochmals mit der ehemaligen Therapeutin Kontakt aufzunehmen. In dem telefonischen Gespräch teilte diese mit, daß sie die Familie seit ihrem letzten Kontakt nicht mehr gesehen habe (s.o.). Sie glaube, daß der Ärger, der durch den Brief insbesondere bei dem Vater ausgelöst wurde, eine konstruktive Wirkung gehabt habe.

BIBLIOGRAPHIE

- BANDLER, R. & GRINDER, J. (1975): Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, M.D., Vol. I. Meta Publications, Cupertino, USA.
- BATESON, G. (1972): Steps to an Ecology of Mind. Ballantine, New York.
- BATESON, G. (1979): Mind and Nature. A necessary Unity. New York, Dutton.
- DEISSLER, K.G. (1979): Interview mit Mara SELVINI PALAZZOLI. In: Kontext, 1: 72-102. DAF, Gießen. Vgl. Kapitel * pathos * in diesem Buch.
- DEISSLER, K.G. (1981): Anmerkungen zur ökosystemischen Sichtweise der Psychotherapie In: Familiendynamik, 6: 158-175.
- DEISSLER, K.G. (1983): Die Rekursive Kontextualisierung natürlicher Prozesse. In: Familiendynamik, 8: 139-165.
- DEISSLER, K.G. (1985, a): Beyond Paradox and Counterparadox. In: WEEKS, G. (1985, ed.): Promoting Change Through Paradoxical Psychotherapy. Dow-Jones Irwin, New York. Vgl. Kapitel * jenseits * in diesem Buch.
- DEISSLER, K.G. (1985, b): Zirkuläres Befragen als Rekursive Informationsschöpfung: Regeln zur Entwicklung problemrelevanter Fragen im kokreativen Prozeß der systemischen Familientherapie. In Vorbereitung.
- DEISSLER, K.G. & GESTER, P.-W. (1980): Interview mit Paul WATZLAWICK. In: Kontext, 3: 40-55. DAF, Gießen. Vgl. Kapitel * öko * in diesem Buch.
- DEISSLER, K.G., ROLOFF, D. & GESTER, P.-W. (1985): Mythenmacher. In Vorbereitung.
- ERICKSON, M.H. (1964): The Confusion Technique in Hypnosis. In: American Journal of Clinical Hypnosis, 6: 183-207.
- ERICKSON, M.H. (1964): Pantomime Techniques in Hypnosis and the Implications. In: American Journal of Clinical Hypnosis, 7: 64-70.
- ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1981): Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele - Forschungen. Pfeiffer, München.
- ERICKSON, M.H. & KUBIE, L.S. (1980): The Successful Treatment of a Case of Acute Hysterical Depression by a Return under Hypnosis to a Critical Phase of Childhood. In: The Collected Papers, Vol. II: 122-144. Irvington, New York.
- ERICKSON, M.H. (1980): The Basis of Hypnosis. Panel Discussion. The Collected Papers, Vol. III: 26-33. Irvington, New York.
- ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1981): Experiencing Hypnosis. Irvington, New York.

- GESTER, P.-W. (1982): Die Entwicklung der Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung der Familien- und Hypnotherapie. In: Kontext, 6: 102-112. DAF, Gießen.
- GUNTERN, G. (1980): Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. In: Familiendynamik, 5: 2-41.
- HALEY, J. (1963): Strategies of Psychotherapy. Grune & Stratton, New York.
- HALEY, J. (1976): The History of a Research Project. In: SLUZKI, C.E. & RANSOM, D.C. (eds. 1976): Double Bind: The Foundation of the Communicational Approach to the Family. Grune & Stratton, New York.
- HALEY, J. (1978): Die Psychotherapie Milton H. ERICKSONs. Pfeiffer, München.
- HOFFMAN, L. (1982): Grundlagen der Familientherapie. Isko, Hamburg.
- JANTSCH, E. (1982): Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist. dtv, München.
- LANKTON, S. & LANKTON, C. (1983): The Answer within. A Clinical Framework of ERICKSONIAN Hypnotherapy. Brunner & Mazel, New York.
- MAKRIDAKIS, S. (1977): The Second Law of Systems. In: International Journal of General Systems, 4: 1-12.
- MATURANA, H.F. (1982): Erkennen: Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig.
- MEYER, L. (1934): Die Technik der Hypnose. Lehmanns, München.
- PENN, P. (1982): Circular Questioning. In: Family Process, 21: 267-280.
- ROSEN, S. (1982): My Voice will go with you. The Teaching Tales of Milton H. Erickson. Norton, New York.
- DeSHAZER, S. (1982): Patterns of Brief Family Therapy. Guilford, New York.
- SCHULTZ, I.H. (1966): Das Autogene Training. Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. Thieme, Stuttgart.
- SELVINI PALAZZOLI, M. et al. (1978): Paradox and Counterparadox. Jason Aronson, New York.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, J. (1980): Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. In: Family Process, 19: 3-12.
- TOMM, K. (1984): Der Mailänder Familientherapeutische Ansatz. Ein vorläufiger Bericht. In: Zeitschrift für Systemische Therapie, 1: 1-23.
- WEEKS, G. & L'ABATE, L. (1982): Paradoxical Psychotherapy: Theory and Practice with Individuals, Couples and Families. Brunner & Mazel, New York.

WATZLAWICK, P. (1967): Menschliche Kommunikation. Huber, Bern.

WEIZSÄCKER, C.F. von (1971): Die Einheit der Natur. dtv, München.

ZEIG, J. (1980): A Teaching Seminar with Milton H. Erickson. Brunner & Mazel, New York.

ZEIG, J. (1983): Persönliche Mitteilung.

HYPNOSYS - SYSTEMISCHE FAMILIENTHERAPIE UND ERICKSON'SCHE HYPNOTHERAPIE EINE NOTWENDIGE EINHEIT?¹

EIN INTERVIEW MIT MARC LEHRER UND DEBORAH ROSS

VORWORT

Jedes Problem durchläuft bis zu seiner Anerkennung
drei Stufen:

In der ersten erscheint es lächerlich,
in der zweiten wird es bekämpft,
in der dritten gilt es als selbstverständlich.

Darauf, daß zwischen Phänomenen, die bisher unterschiedlichen Bereichen zugeordnet wurden, ein Zusammenhang bestehen kann, der neue Perspektiven eröffnet, hat Gregory BATESON sein Leben lang hingewiesen, zuletzt in seinem Buch „Geist und Natur“, eine notwendige Einheit“. Bis zu seinem Tod 1980 hat der „geistige Vater“ der Kommunikationstheorie und der Begründer der Doppelbindungstheorie viele Grundlagen geschaffen, die zur Anerkennung der systemischen Familientherapie beigetragen haben.

Hypnotherapie hingegen spielt im Königreich der Psychotherapie, wie Paul WATZLAWICK es ausgedrückt hat, die Rolle des Hofnarren, zwar kann der Hofnarr unbeschadet jedem die Wahrheit ins Gesicht sagen, aber das letzte Wort haben andere.

1980, im Todesjahr Gregory BATESONS, starb auch Milton ERICKSON im Alter von 79 Jahren. Seit 1940 war er mit BATESON persönlich bekannt. ERICKSON wurde von Gregory BATESON und Magret MEAD zur Erklärung von Trancephänomenen konsultiert, die die beiden während ihrer Feldforschungen in Bali untersucht hatten.

¹ Original in: Kontext 1983, 7: 155-183.

Später, d.h. ab 1950, wurden u.a. BATESON und HALEY bei der Entwicklung der Doppelbindungstheorie maßgeblich von der psycho- und hypnotherapeutischen Arbeit ERICKSON's beeinflusst.

Das bedeutet, wer sich mit systemischer Familientherapie beschäftigt, wird früher oder später auf das Werk von Milton ERICKSON stoßen.

Welchen Stellenwert dieses Werk hat, insbesondere für die Familientherapie, geht hoffentlich aus dem folgenden Interview hervor. Zunächst sei aber anhand einer kurzen Schilderung gezeigt, unter welchen Folgen ERICKSON in jungen Jahren zu leiden hatte², weil er sich ernsthaft mit Hypnose beschäftigte.

1920 wurde ERICKSON von Clark HULL, dem damaligen Leiter des Psychologischen Instituts an der Universität von Wisconsin in die Hypnose eingeführt. ERICKSON war fasziniert und begann selbstständig zu forschen. Der Kanzler der Universität versuchte die nächsten fünf Jahre ERICKSON wegen seines Interesses an Hypnose von der Universität zu relegieren. Um Mitte der 20iger Jahre ein Stipendium zu bekommen, mußte ERICKSON 2 Dinge versprechen: 1. sich nicht mehr mit Hypnose zu beschäftigen und 2. das Wort Hypnose nie mehr auszusprechen. Diese Versprechen mußte ERICKSON in verschiedenen Beschäftigungsstellen bis in die 30iger Jahre wiederholen. Von vielen seiner Kollegen wurde ERICKSON belächelt und für „spinnert“ gehalten. An dieser Stelle möchte ich einen kurzen Exkurs zum heutigen Stand der Hypnotherapie einflechten. Man kann Hypnotherapie in drei Ansätze einteilen (GILLIGAN, in Zeig, 1982): Der autoritäre Ansatz, der standardisierte Ansatz und der Utilisierungsansatz.

Der **autoritäre Ansatz**, der auf den Begründer des animalischen Magnetismus, den Arzt Franz Anton MESMER (1734-1815) zurückgeht, wird im allgemeinen sowohl vom Kliniker, als auch vom Laien mit Hypnose gleichgesetzt. Der Hypnotiseur (meist ein Mann) übt Macht über ein Subjekt (meist eine Frau) aus und bringt sein Subjekt durch formelhafte, befehlsartige Wiederholungen von Suggestionen dazu, seinem Willen zu gehorchen (z.B. wie ein Hund zu bellen, sich auf der Bühne zu entkleiden oder keine Zigaretten mehr zu rauchen). Wegen des geringen klinischen Erfolges in klinischen Settings und offensichtlichen Beschränkungen dieses Ansatzes wurde der **standardisierte Ansatz** entwickelt. Nach der Induktion der Hypnose folgen die Vertiefungen, im Anschluß daran die Suggestionen und dann das Aufwecken aus der Trance. Diesem Verfahren liegt die Annahme zugrunde, daß es eine mehr oder weniger ausgeprägte Eigenschaft des Subjekt gibt, nämlich die Hypnotisierbarkeit.

Wie beim autoritären Ansatz nimmt der Hypnotiseur auch bei diesem Verfahren wenig Rücksicht auf die speziellen Eigenheiten seines Subjektes, sondern geht mit monotoner Stimme seinen festgelegten Weg. Dadurch erreicht der Hypnotiseur in Abhängigkeit von der Eigenschaft Hypnotisierbarkeit bei seinem Subjekt eine mehr oder weniger tiefe Trance. Zwar ist an diesem Ansatz nichts grundsätzliches falsch, aber er verfehlt den zentralen Bereich, der Trance bedeutet: Trance ist ein subjektives inneres Erleben, dessen verhaltensmäßige Entsprechung mit den Individuen variieren.

Und dieser Punkt ist zentral für die **Utilisierungsansatz**, der von ERICKSON entwickelt wurde. Er ist genauso zentral für die systemische Familientherapie. Das bedeutet in erster Linie, daß weder der Hypnotherapeut noch der Klient entscheidend sind für Veränderungen, sondern die kooperative Interaktion beider. Die Aufgabe des Therapeuten ist, den Klienten zu begleiten und zu leiten, die Aufgabe des Klienten ist, zu entscheiden, ob und wie er sich zu der Kommunikation des Therapeuten verhält. Der Utilisierungsansatz geht also davon aus, daß jedes Individuum in seinen kommunikativen Mustern, mit denen es sich von der realen Welt

² Zudem war ERICKSON farbenblind und erkrankte mit 16 Jahren erstmalig an Polio. Nach seiner 2. Polioerkrankung war er halbseitig gelähmt und für die letzten Jahre seines Lebens an den Rollstuhl gefesselt.

eine „Landkarte“ anfertigt, einmalig ist. Deswegen hängt die Effektivität des Therapeuten konsequenterweise davon ab, wie gut er sich auf die Kommunikationsmuster des Klienten einstellen kann. Wie gut der Therapeut dies kann, hängt von seiner Flexibilität ab, deswegen sind der autoritäre und standardisierte Ansatz für effektive Hypno- oder Psychotherapie verfehlt.

Zweite zentrale Grundannahme des Utilisierungsansatzes ist, daß unbewußte Prozesse in intelligenter, autonomer, kreativer und ausschließlich positiver Art und Weise arbeiten. Darüber hinaus enthält das Unbewußte alle Ressourcen, die zur Lösung der Schwierigkeiten des Klienten notwendig sind. Wie oben schon erwähnt, orientiert sich die systemische Familientherapie ebenfalls an diesen Grundsätzen.

Zurück zum Interview: Die Interviewpartner von Klaus DEISSLER (kd) und Peter GESTER (pg) sind Dr. Marc LEHRER (ml) und Dr. Deborah ROSS (dr). Alle vier sind geladene Moderatoren auf der 2. Internationalen Konferenz für ERICKSON'sche Psychotherapie und Hypnotherapie im Dezember 1983 in Phoenix / Arizona. Dr. ROSS und Dr. LEHRER waren im März 1982 im Rahmen eines mehrtägigen Workshops Gastdozenten am Institut für Familientherapie in Marburg. Einigen DAF-Mitgliedern dürften sie zudem als Moderatoren auf der 4. DAF-Tagung (Marburg) bekannt sein. Beide sind erfahrene Kliniker, die in San Francisco an den Medical Hypnosis Seminars arbeiten. Ihr hypnotherapeutisches Können wird durch eine breite Ausbildung in vielen derzeit bekannten therapeutischen Verfahren gestützt. Marc LEHRER's Arbeitsschwerpunkt liegt mehr im kindertherapeutischen Anwendungsbereich, der Arbeitsschwerpunkt von Deborah ROSS mehr im psychosomatischen Anwendungsbereich.

Die Eingangsfrage, ob systemische Familientherapie und ERICKSON'sche Hypnotherapie eine notwendige Einheit sind, wird das nachfolgende Interview sicherlich etwas erhellen. Ob es 1983 in der BRD im Kontext der DAF noch genau solche Reaktionen auslöst wie 1923 in den USA, wenn man sich ernsthaft mit Hypnotherapie beschäftigt, wird u.a. von der Reaktion der Leser auf dieses Interview entschieden.

Peter-W. GESTER
Institut für Familientherapie Marburg³

³ Für die Transkription des Interviews vom Band möchte ich Herrn Jürgen Frankenstein und Frau Cornelia Frankenstein-Frambach herzlich danken. Für den Rohentwurf der Übersetzung danke ich Frau Dipl.-Psych. Marianne Hühn recht herzlich.

INTERVIEW MIT DEBORAH ROSS UND MARC LEHRER

Ich denke, daß psychotherapeutische Lehrbücher durch ihre große Anzahl von Konzepten zu beeindrucken suchen.

Konzepte sollte man jedoch von seinen Patienten abschauen, nicht aus Büchern, denn Bücher lehren Dinge in einer ganz bestimmten Art und Weise zu tun ...

Der Therapeut ist wirklich unwichtig. Wichtig ist seine Fähigkeit, seine Patienten dazu zu bringen, ihr eigenes Verstehen und Handeln zu fördern.

Milton H. ERICKSON

kd: Ich glaube, daß dies das 5. Interview für den „Kontext“ ist, daß wir heute abend am 29.3.1982 führen.

Die Mitglieder der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF) könnten darüber erstaunt sein, daß wir ein Interview mit Hypnotherapeuten führen und nicht mit Familientherapeuten. Aber vielleicht gibt das Interview selbst darauf eine Antwort. Meine erste Frage ist: Was glaubt Ihr, welche Beziehung besteht zwischen amerikanischer Psychotherapie und europäischer Psychotherapie und speziell zwischen der amerikanischen und europäischen Hypnotherapie? Glaubt Ihr, daß es hier eine Art amerikanischen Neokolonialismus gibt?

dr: Du meinst, daß wir den Markt beherrschen?

kd: Ja. Beherrschen die Amerikaner den Markt?

dr: Ja, mit Ausnahme von Mara SELVINI.

ml: Ich glaube, daß die USA hier einen sehr spezifischen Vorteil hatten. Auf dem Feld der Psychotherapie ist dieser Vorteil durch Veränderungen gekommen; die großen sozialen Veränderungen in den USA in den letzten 10 Jahren haben die Entwicklung vieler, vieler Veränderungen in der Psychotherapie erzwungen. Und das trifft besonders auf die Familientherapie zu. Und ebenso auf die Hypnotherapie. In dieser Hinsicht waren die USA immer an der Front, waren die US immer gezwungen an der Front zu sein, wegen der großen sozialen Veränderungen. Wie auch immer, ich glaube, daß die gleichen Muster sozialer Veränderungen mehr und mehr auch in Europa beobachtet werden können. Und ich glaube, daß der Einfluß solcher Veränderungen, der sich auf die Psychotherapie und die Hypnotherapie in den USA ausgewirkt hat, auch in der Bundesrepublik Deutschland mehr und mehr beobachtet werden kann.

pg: Marc, wenn Du das aufzählst, laß uns einen kurzen Abstecher in die Geschichte machen. Es ist allgemein bekannt, daß Hypnose eines der ältesten Phänomene, eine der ältesten Techniken ist, die zur Behandlung menschlicher Probleme und Schwierigkeiten benutzt wurde und daß dann im letzten Jahrhundert Hypnose durch BERNHEIM und CHARCOT in weiterem Rahmen bekannt gemacht wurde, die dann wiederum FREUD ausbildeten. Als FREUD zurück nach Wien ging, arbeitete er mit BREUER zusammen am Fall der Anna O., und sie fanden heraus, daß eine schnelle Symptombeseitigung möglich war, aber nur für einige Monate, und dann gaben sie die Hypnose auf, und FREUD entwickelte die Methode der freien Assoziation. Und aus diesem Grund kam FREUD zu der Annahme, daß die Psychoanalyse bzw. die Methode der freien Assoziation besser bzw. effektiver sei als die Hypnose. Wie denkt Ihr darüber und darüber, daß man heutzutage zur Hypnotherapie zurückkommt?

ml: Ich glaube, man kann dieses Ergebnis in vielerlei Hinsicht auf das beziehen, was ich zuvor erwähnt habe. FREUD's Methode und die Entwicklung der freien Assoziation paßten sehr gut in die damalige Zeit. Und die hypnotherapeutischen Methoden jener Zeit waren eine sehr direkte Art der Hypnose. Die Art der Hypnose, die FREUD anwandte, bestand im wesentlichen darin, einem Patienten auf sehr direkte Art und Weise zu sagen, er solle einschlafen: Diese Methode wirkte aber nur bei manchen Patienten und zwar nicht für alle Patienten effektiv und FREUD erkannte das. Und er dachte über eine Methode nach, mit der er mehr Erfolg haben würde und entwickelte Methoden, die besser in jene Zeit paßten.

dr: FREUD und JUNG gingen auch von der falschen Vorstellung aus, daß effektive therapeutische Arbeit auf eine sehr tiefe, wenn nicht sogar somnambulistische Trance angewiesen ist, aber das stimmt in der Tat nicht. Alles, was man benötigt, ist eine sehr leichte Trance. Und da nicht so viele Menschen zu einer tiefen somnambulistischen Trance fähig sind, war dies einer der Gründe, weshalb sie in der Hypnotherapie aufgaben.

ml: In der heutigen Zeit ist der gleiche Punkt im Gespräch. Wir sind jetzt mit der Tatsache konfrontiert, daß sehr viele Menschen um eine psychologische Behandlung nachsuchen. Viele Familien suchen psychologische Behandlung und es gibt relativ wenig Therapeuten. Deswegen besteht ein großes Interesse darin, Methoden zu entwickeln, die effektiver, die schneller angewandt werden können. Und die schnelleren Methoden sind traditionellerweise Methoden, die Entspannung und Imagination beinhalten und wie schon beim traditionellen Vorgehen BERNHEIM's, therapeutische Suggestion.

dr: Wenn man sich in die Atmosphäre jener Zeiten zurückversetzt, gelangt man in die sehr repressive viktorianische Kultur zur Zeit FREUD's und gelangt dann heute zu einer extrem permissiven und suchenden, die überkommenen Werte hinterfragt und nach neuen Alternativen sucht, und ein solches Klima begünstigt es, etwas wie Hypnose in Erwägung zu ziehen. Sogar die traditionellen medizinischen Fachbereiche sind bereit, sich die Hypnose wirklich grundlegend anzusehen, weil sie in einer Sackgasse stecken. Die Chemotherapie ist so weit vorangeschritten, die Neurochirurgie ist so weit vorangeschritten, aber es gibt viele medizinische Probleme, die mit der beschränkten technologischen Sichtweise nicht gelöst werden können, z.B. Menschen, denen durch Pillen und Operationen geholfen werden kann. In der Neurologischen Klinik, in der ich u.a. arbeite, kann vielen Patienten, die mit chronischen Schmerzen kommen, signifikant geholfen werden, indem sie hypnotherapeutische Analgesietechniken lernen, um nur ein Beispiel zu nennen.

ml: Ich denke noch an einen anderen Aspekt. Mein erster Lehrer für Hypnose war, als ich 1963 an der Chicagoer Universität studierte, Dr. Erika FROMM, eine bekannte Psychoanalytikerin.

Und so hat sich die Tradition der Hypnose in der Psychoanalyse weiterhin gehalten, in den USA wird sie innerhalb dieser Tradition weiterhin angewandt. Genauso wie Hypnose heute angewandt wird in einigen anderen Therapieformen, z.B. in der Familientherapie.

kd: Franz Anton MESMER und ebenso CHARCOT waren Europäer und haben ihre Methoden hier in Europa entwickelt. Jetzt kommen die Amerikaner nach Europa und viele Menschen hier in Europa und der BRD sind sehr sensibel dafür, ob sie von amerikanischen Ideen beeinflusst werden oder nicht. Denkt ihr, daß es einen eigenständigen unabhängigen Standpunkt für europäische therapeutische Arbeit - speziell in der Hypno- und Familientherapie gibt?

ml: Die Gelegenheit ist da, ergreift sie beim Schopfe. Ich bin jetzt hier und ich sehe, daß die Leute hier genauso gute Arbeit machen und zudem an dem interessiert sind, was wir tun. Aber der Kreis wird sich wieder schließen. Ich weiß nicht, wie lange es dauert, aber er wird sich wieder schließen und dann kommt Ihr in die USA.

pg: Wenn ich Euch richtig verstanden habe, sagt mir, wenn das nicht der Fall ist - seid Ihr der Meinung, daß FREUD, um darauf zurückzukommen, ein genialer Psychotherapeut für seine Zeit war.

dr: Das ist richtig. Und um damit zu Dr. ERICKSON zurückzukommen: Er war der FREUD unserer Zeit, er ist innovativ, und er ist neu, so wie FREUD es zu seiner Zeit war. So kann man sagen, daß die Bedeutung FREUD's für seine Zeit und auch für die Psychotherapie, die er gehabt hat, sich auf die Theorie bezieht und daß ERICKSON's Bedeutung, Marc, Du hast ja noch bei ihm studiert - sich auf die Praxis bzw. auf die Technik der Psychotherapie bezieht und daß ERICKSON's Methoden, die nun aus den USA nach Europa zurückkommen, die gleiche Auswirkung auf die Praxis der Psychotherapie haben werden, wie FREUD's Ideen ihre Auswirkungen auf die Theorie der Psychotherapie gehabt haben.

ml: Ja, das würde ich auch so sagen. Und ich glaube, daß die Entwicklung der theoretischen Standpunkte weniger von ERICKSON selbst kam, er arbeitet ja mehr an der Entwicklung von Ideen und therapeutischen Methoden, als viel mehr von Leuten, die mit ERICKSON zusammenarbeiten. So wie J. HALEY und andere Leute, die dann maßgeblich an der Entwicklung der Familientherapie beteiligt waren. Und ich denke, eine Menge der theoretischen Begriffe, die heute im Zusammenhang mit der ERICKSON'schen Hypnotherapie Gültigkeit haben, konnten erst im Zusammenhang mit der Familientherapie entwickelt werden.

dr: Besonders innerhalb der kommunikationstheoretischen Schule der Familientherapie.

ml: Und diese Ideen hatten kolossale Bedeutung, eine theoretische Auswirkung, die sich erst in ihrer ganzen Bedeutung zeigt, und die sich auch weiterhin auswirken werden. Und einige der Ideen, aber nur zum geringeren Teil haben sich auch auf die Individualtherapie ausgewirkt, aber ich glaube, daß diese Ideen auf die Familientherapeuten mehr Anziehungskraft ausgeübt haben und sich die Familientherapeuten diese Ideen wirklich zu eigen gemacht haben und sie in ihrem theoretischen Standpunkten auf jeden Fall viel weiter fortgeschritten sind als die Individualtherapeuten.

pg: So kann man zusammenfassen, wie Klaus es einmal formuliert hat, daß ERICKSON der geniale Praktiker gewesen ist, BATESON der geniale Theoretiker und HALEY beides miteinander vereinigt hat.

ml: Das ist fair und das entwickelt sich weiter, mittlerweile stehen schon einige Leute in dieser Tradition.

kd: Meine nächste Frage betrifft die Beziehung zwischen Hypnotherapie und Psychotherapie im Allgemeinen. Was glaubt Ihr, sind die Hauptunterschiede und die grundlegenden Gemeinsamkeiten?

dr: Das eine ist, daß Hypnotherapie jegliche der traditionellen Psychotherapien ergänzt, so daß es keine Frage von entweder oder ist. Man muß nicht die systemische Therapie ersetzen und zwischen Systemtherapie und Hypnotherapie entscheiden. Beide ergänzen und potenzieren sich wechselseitig sehr gut.

pg: Wie Du heute schon gesagt hast, Deborah, ist es nicht der Gesprächsinhalt, der Familientherapie und Individualtherapie verbindet, sondern der therapeutische Prozeß, der abläuft. Daß heißt, daß Hypnotherapeuten genauso wie systemische Familientherapeuten viel mehr auf den Prozeß achten als auf den Inhalt. Ist das der Punkt, den Du herausstellst?

dr: Richtig, das ist einer der Punkte. Der andere Aspekt der Hypnotherapie ist, daß sie eine extrem existentielle Therapie ist, und daß sie wirklich den Patienten in seiner Welt betrachtet. Sie beginnt, wie auch gute Familientherapie, mit der totalen Akzeptanz des Patienten, wenn er zur Therapie kommt. Mit einer totalen Akzeptierung und Wertschätzung dessen, was den Patienten im Moment ausmacht und beginnt dann mittels des therapeutischen Prozesses und mittels Techniken, wie z.B. dem Umdeuten, langsam Veränderungen zu bewirken.

Ich glaube, es gibt auch die parallele Idee der Generalisation in der Familien- und Hypnotherapie. Nämlich, daß man eine Verhaltensverschreibung machen kann oder eine hypnotherapeutische Intervention, die nur ein kleiner Schritt auf dem langen Weg zu sein scheint. Und über die Zeit hinweg, in einer Art von Generalisationsperiode, in einer sehr homöostatischen Situation, sei es in einer Familie oder bei einem Einzelklienten, große Veränderungen bewirkt. Und bevor diese Generalisierung passiert ist, ist dies nur ein kleiner Schritt, in der Tat. Aber wenn man beginnt, ein festes Muster innerhalb eines Individuums aufzulösen und dann die Generalisation, die man erreichen kann, in einer Familie beispielsweise durch eine Verhaltensverschreibung.

pg: So, daß das Verbindende zwischen Individualtherapie und Familien- und Hypnotherapie heutzutage dasjenige ist, das wir Utilisation oder Utilisierung nennen (s. ERICKSON & ROSSI, 1981).

dr: Genau! Die Prinzipien der Utilisierung sind sehr, sehr, sehr eng, besonders zwischen Familientherapie und Hypnotherapie und zwischen prozeßorientierter Individualtherapie.

kd: Vielleicht können wir zur nächsten Frage kommen, die sich damit beschäftigt, was man in der Bundesrepublik über Hypnotherapie denkt. Auf der einen Seite denkt man an Manipulation, Propaganda und einige denken sogar an den Nationalsozialismus, bei dem Menschen manipuliert wurden. Stichwort: Kollektive Levitation des rechten Armes. Auf der anderen Seite findet man Mystizismus, Religion, meditierende Menschen oder solche, die keinen Boden unter den Füßen haben. Wie sieht Eure Konzeption von klinischer Hypnose aus?

pg: Dem kann man noch einen weiteren Punkt hinzufügen: Es stellt sich die Frage, war GOEBBELS ein „ausgezeichneter“ Hypnotherapeut oder war er es nicht? Oder andersherum gefragt, ist nicht jeder Hypnotherapeut in seinem Rahmen ein kleiner Goebbels?

dr: Damit würde man sagen, daß jeder Hypnotherapeut sehr starke soziopathische Tendenzen, hat und ich vertraue sicher darauf, daß das nicht der Fall ist. Meinen Erfahrungen nach ist das nicht der Fall. Hypnotherapeutische Techniken sind extrem wirksame Techniken und sie sind mißbraucht worden bei Auftritten in der Geschichte. Wie auch immer, in der klinischen Situation ist das Ausmaß des Vertrauensvorschlusses, das notwendig ist, um gute hypnotherapeutische Arbeit zu leiten, das gleiche, wenn nicht weniger als der Vertrauensvorschuß, der notwendig ist bei irgendeiner anderen Psychotherapie. Hypnotherapie, wie sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt praktiziert wird, ist in ihrer Tradition immer von einem sehr kooperativen Bestreben zwischen Therapeut und Klient geleitet, und anders geht es auch wirklich nicht. Wir haben eine lange Entwicklung durchgemacht, weg von der autoritären Hypnose. Und das jetzige Hypnosemodell ist entweder eines, das von der Selbsthypnose ausgeht, wobei ganz eindeutig die Trance dem Patienten und nicht dem Therapeuten gehört, oder eines mit sehr indirekten Hypnosemethoden, bei der das Ausschlaggebende nicht die Manipulation des Patienten nach den Zielen des Therapeuten ist, sondern „das-dem-Patienten-die-Erlaubnis-geben“, mehr und mehr zu seinen eigenen Assoziationssystemen und eigenen Fähigkeiten den Zugang zu gewinnen. So daß er sich selbst stärken und aktivieren kann, heraus aus den Sackgassen, hinein in mehr kreative Lösungen für sich selbst, sei der Patient nun eine Familie oder ein Individuum.

pg: Aber man könnte dagegen argumentieren, daß diese Methoden nur subtiler und indirekter und deshalb stärker und deshalb manipulativer seien.

dr: Der Unterschied liegt in der Absicht des Therapeuten. Anders gesagt: Beabsichtigt man die Manipulation, so glaube ich, ist sie möglich. Es gibt wirksame Techniken und sie können derart benutzt werden. Glücklicherweise gibt es, wie es von der Mehrzahl der Kliniker in den USA praktiziert wird, einen ethischen Ehrenkodex und große Integrität, und dies wird hoffentlich weiterhin so sein, um die Patienten zu schützen. Es ist die Absicht des Therapeuten, die ausschlaggebend ist, ob der Therapeut in wohlmeinender Absicht handelt oder nicht. ERICKSONs Fälle zeigen eine Menge manipulativer Fälle, aber seine Absicht war entscheidend und die war mehr als wohlmeinend. Ähnliche Manipulationen werden auch in der Familientherapie angewandt, und ich finde das okay.

ml: Ich möchte auf diese Frage vielleicht ein bißchen anders antworten und umfassende Implikationen in Rechnung stellen. Ich glaube, daß jeder Psychotherapeut, jeder der im Bereich der Psychotherapie arbeitet, sei es in der Individualtherapie oder der Familientherapie, jegliche Psychotherapie hat als Ziel, die Leute, mit denen sie arbeitet, zu beeinflussen. Dies wird den Klienten hoffentlich dabei helfen, bessere Lösungen für ihr Leben zu entwickeln. Und in diesem Sinne manipulieren wir jeden, den wir sehen. Nun glaube ich, daß wir uns besonders bei der Hypnotherapie mit Prozessen befassen, die Entspannung beinhalten, die den Gebrauch von Imagination beinhalten, sowohl kinästhetischer als auch visueller und auditiver Imagination, genauso wie bei anderen Arten sensorischer Imagination der therapeutischen Suggestion. Es ist hoffentlich ein Ziel von Trainingsprogrammen an Universitäten, an medizinischen Fachbereichen und in anderen Instituten, diese Therapiemethoden zu lehren, den Leuten Richtlinien aufzuzeigen und ihnen zu zeigen, wie man diese Methoden ethisch sauber gebraucht und zukünftige Therapeuten anleitet, verantwortungsvoll zu handeln. Nun kann ich annehmen, daß jeder jede Methode, die Entspannung beinhaltet, mißbrauchen kann. Ich kann Leute auffordern, sich zu entspannen und dann werden sie ihre Verpflichtungen vernachlässigen. Ich kann andere dazu auffordern, Dinge zu imaginieren, die nicht gut für sie sind. Ich kann Leute dazu auffordern, die Suggestionen für sich selbst zu gebrauchen und das könnte sie daran hindern, andere Dinge zu tun, die für sie nützlicher sein könnten. Jeder kann das tun, wenn er negative Absichten hat. Hoffentlich hilft unser Trainingscode den Leuten, die mit anderen Menschen

arbeiten, zu der Fähigkeit, geeignete Methoden auszuwählen, die auch eine adäquate Anwendung garantieren. Es stimmt, daß ein möglicher Mißbrauch nicht nur für Hypnotherapie zu trifft. Es trifft auf jede Psychotherapie zu, und wir können einen Blick auf die Geschichte werfen und finden tatsächlich Leute, die jegliche Methode mißbraucht haben, die mit Formen der Beeinflussung arbeitet - das ist ein sehr unglückliches Statement. Ich hoffe, daß wir sehr gute Richtlinien entwickeln werden, wie man Leute zu einer sauberen Anwendung und zu einem ethischen Gebrauch jeglicher Technik und jeder Methode, die ihre Effektivität beweist, anleitet.

dr: Ist es weniger manipulativ, jemandem zu erzählen, daß er, um eine Veränderung, die ihm nützt, zu bewirken, 5 Jahre lang 4 mal pro Woche zur Therapie erscheinen muß und dem Therapeuten Gott-weiß-wieviel bezahlen muß? Und nach all dieser tiefsinnigen Beschäftigung kommt es vielleicht zu einer Veränderung - im Gegensatz zur Familien- oder Hypnotherapie, die mit viel kürzeren und fokussiertem Behandlungsplan arbeiten. Welches setting ist nun das manipulativere von beiden? Und bei welchem werden die Interessen des Patienten besser vertreten?

pg: Ich habe da noch etwas dazu zu sagen: Wenn man sich umguckt, was heutzutage alles passiert, wenn Du sagst, daß die hypnotischen Techniken so wirksam sind, sieh' Dir all die Sachen an, die im Moment mit dem NLP⁴-Zeug passieren. Wenn es da machthungrige Manager gibt und andere Leute, die darin fit sind, die werden vielleicht darin geübt, noch manipulativer zu werden.

ml: Das ist richtig!

pg: Und wie kann man sicher gehen, daß der Therapeut, der mit diesen Methoden arbeitet, genug Wachstum, persönliche Reife besitzt, solche Methoden nicht zu mißbrauchen?

ml : Ich kümmere mich weniger um Psychotherapeuten in einer solchen Position, weil ich glaube, daß Psychotherapiecurricula existieren, die von Persönlichkeiten geleitet werden, die hochgeachtet sind und die ihren Studenten sicherlich Richtlinien geben können. Mich besorgt die Tatsache mehr, daß es Ausbildungen gibt für Leute in der Werbung, für Leute im Zeitungsgeschäft und für Leute, die die Möglichkeit haben, die Massenmedien zu benutzen. Und darum Sorge ich mich in erster Linie, weil es da keine Verantwortlichkeit gibt. Da gibt es keine ethischen Regeln, mit denen sich die Leute intensiv auseinandersetzen müssen. Und als Psychotherapeuten, glaube ich, haben wir selbst zu der Idee der Verantwortlichkeit für den Patienten beigetragen. Ich sehe nicht, daß das in den anderen Bereichen auch geschieht, und das gibt mir mehr zu denken.

Wie auch immer, auf der anderen Seite glaube ich, können wir unseren Kopf nicht in den Sand stecken und sagen: „Okay, das ist eine interessante Technik, aber weil sie möglicherweise sehr wirksam ist, sollten wir sie lieber ignorieren“. Denn dann würde sie noch eher mißbraucht werden.

dr: Wenn man berücksichtigt, wie Marc sagt, daß wir in einer hypnotisierenden Kultur leben, wo die Leute andauernd bombardiert werden, und in der das Fernsehen noch besser als die anderen Medien eine tiefe Trance produziert als man sie meistens in der Therapie erreicht, daß die meisten Leute Stunden um Stunden jeden Tag ihres Lebens mit allen möglichen Informationen bepflastert werden. Ist es da nicht besonders wichtig, daß sich die Leute über diese Tech-

⁴ NLP = Neurolinguistisches Programmieren nach BANDLER & GRINDER.

niken klar werden, wenn es sonst schon nichts gibt, sich vor diesem Medien-Bombardement zu schützen, das Teil der europäischen Kultur und der Kultur in unserem Land ist?

pg: Ja. Doch in der Psychotherapie sind die Techniken mehr auf den Patienten zugeschnitten als im Fernsehen, und wenn man all diese Statements zusammenfaßt, daß je kürzer die Therapie, desto effektiver der Therapeut, desto länger und intensiver seine Ausbildung ist, dann ist es doch eigentlich auch so, wie Joan HALIFAX in ihrem neuen Buch schreibt, daß der Schamane nur dann ein guter Schamane ist, wenn er selbst durch viele leidvolle Erfahrungen gereift ist, und das gilt doch auch für den Therapeuten genauso, oder?

dr: Das trifft besonders auf die Hypnotherapie zu, weil ein Hypnotherapeut dann besonders effektiv in seiner Therapie ist, wenn es um Erfahrungen geht, die er in seinem Leben gemacht und an seinem eigenen Leib erfahren hat. Ich glaube, es trifft auf alle Psychotherapie zu, daß wir mit den Fällen weniger gut umgehen können, bei denen die ungelösten Teile unseres eigenen Lebens in den Problemen unserer Klienten widerspiegelt werden.

pg: Wie der Gestalttherapeut sagen würde: „Die unerledigten Geschäfte?“

dr: Genau. Und ich glaube, daß die Ausbildung für Hypnotherapeuten ganz bestimmt klassische Verfahren beinhalten sollte und einbeziehen muß, und es wäre mir auch lieb, wenn unsere Studenten sich mit der systemischen Therapie beschäftigen würden, weil sich die systemische Therapie zu recht etabliert hat und in unserem Land zumindest zu den etablierten Verfahren gehört. Sie wird nicht mehr als new wave angesehen, sondern gehört zu den Grundlagen der Psychotherapie. Es ist fast unmöglich, sich vorzustellen, daß heutzutage jemand in den USA ausgebildet wird, ohne sich mit dem zirkulären Denken der systemischen Therapie auseinandergesetzt zu haben.

pg: So weit es um diese ganzen Belange geht, würdet ihr damit übereinstimmen, daß europäische Psychotherapeuten sicherlich eine Menge klinischer Erfahrung haben, aber sie zum Teil einen neuen Rahmen für ihre Erfahrungen benötigen, den sie nun durch diese Techniken bekommen können?

dr: Das ist richtig. Und sie können das, was ihre bisherigen Erfahrungen beinhaltet mit den neuen Dingen verbinden und die Techniken so verfeinern. Es ist nicht die Frage, ob man alle traditionellen Techniken über Bord werfen soll, es ist mehr die Frage, genau zu verstehen, wieviel an hypnotherapeutischen Techniken man bei der Verwendung traditioneller Therapiemethoden bereits anwendet, ohne daß man sich dessen bewußt ist. So daß man diese Techniken dann effektiver anwenden und zum Wohlergehen des Patienten beitragen kann. So kann man ein größeres therapeutisches Repertoire entfalten und dadurch mehr therapeutische Flexibilität erlangen, und ich meine, daß die Techniken von ERICKSON ins Repertoire jedes Therapeuten gehören. So kann der Therapeut einfach eine größere Palette von Möglichkeiten anbieten, und das ist sehr gut aus der Sichtweise des Patienten. Je mehr Möglichkeiten der Therapeut hat, desto mehr kann er dieselben Qualitäten, nämlich ein flexibleres Verhaltensspektrum an seine Klienten weitergeben.

ml: Zum ersten Mal glaube ich, daß die Herausforderung an die europäische Psychotherapie darin besteht, wie man in Zukunft mit der größeren Anzahl von Patienten, die kurze und effektive Behandlung wollen, fertig wird. Zum zweiten meine ich, was die Ausbildung von Hypnotherapeuten anlangt, ist die gesamte Länge der Trainingszeit weniger wichtig, als Anerkennung von denjenigen, mit denen man zusammenarbeitet. Anerkennung von den Peers, die ver-

antwortungsvolle Positionen in der Hypno- oder Familientherapie innehaben, die sich hochgearbeitet haben und über längere Zeit hinweg bewiesen haben, daß sie fähig sind, verantwortungsvolle Positionen zu besetzen und einige Leute, die es schneller als andere vermögen, ihre Kompetenz in Beweis zu stellen.

Andere brauchen mehr Zeit oder brauchen mehr Ausbildungszeit oder ein umfangreicheres Erfahrungsspektrum. Es gibt aber einige Leute, das sind nur wenige, die eine sehr große Begabung haben. Und ich glaube, daß ich es lieber mit Leuten zu tun hätte, die meiner Meinung nach ihre Kompetenz gezeigt haben, als Leute anzutreiben, Jahr für Jahr in Extraweiterbildungsgruppen zu sitzen. Ich bin von der ersten Idee mehr angetan. Aber ich kann auch die Gründe verstehen, die eine gewisse Kompetenz durch eine bestimmte Anzahl von Weiterbildungsstunden sicherstellen wollen.

dr: Ich glaube wirklich, ich unterscheide mich da von Dr. LEHRER. Ich bin der festen Meinung, daß eine umfassende Grundlage von Psychotherapeutischem Training eine gute Sache ist, weil man sonst nicht weiß, warum man z.B. eine Sache besser bleiben läßt und dafür etwas anderes macht. Ich denke, daß eine Menge guter Innovation in den verschiedenen Therapieschulen entstanden sind, weil eine Unzufriedenheit mit dem Bestehenden, dem schon Gedachten da war. Und es ist gut, wenn man - wenn schon nichts anderes - eine sehr gute Ausbildung in den klassischen Verfahren hat, um zu wissen, wo es Defizite gibt und was einem noch fehlt. Und ich kann zumindest aus meiner eigenen Erfahrung ableiten, da ich von meiner eigenen Ausbildung her von der Psychoanalyse kam, zur JUNG'schen Therapie, zur Gestalttherapie und dann zur Hypnotherapie übergang. Ich habe herausgefunden, daß es meine Unzufriedenheit mit den verschiedenen Systemen war, die es mir erlaubten, sehr schöpferisch einen Weg zu entwickeln, von jedem System das Beste zu übernehmen und es zusammen mit ERICKSONs Gedanken zu einer Therapieform zu verbinden, die für mich und meiner Erfahrung nach, die effektivste Kombination für meine Patienten darstellt. So glaube ich wirklich an den Wert der klassischen Verfahren für alle Leute, die ich ausbilde. Und ich würde z.B. nicht vorschlagen, daß Leute nur in Hypnotherapie oder nur in systemischer Therapie ausgebildet werden sollten, sondern daß sie wirklich die Möglichkeit haben sollten, das gesamte Spektrum der klassischen Schulen zu erfahren. Und wenn es nur dazu dient, ihnen klarzumachen, was der Vervollständigung bedarf. Und hoffentlich wird diese und die nachfolgende Therapeutengeneration den kreativen Input weiterführen. So daß sich die Psychotherapie ständig weiterentwickelt und weiterwachsen wird, die Verfahren immer präziser werden, um Leute schnell und effektiv zu behandeln.

kd: Dazu gehört noch ein anderer Aspekt, nämlich der Beziehung zwischen den verschiedenen Psychotherapiegesellschaften. Es ist nicht der einzelne Psychotherapeut alleine, sondern dazu gehört die jeweilige Gesellschaft. Wenn ihr z.B. die Beziehung zwischen den amerikanischen Hypnotherapeuten und der amerikanischen psychoanalytischen Gesellschaft betrachtet, wie sieht ihre Beziehung aus, was denken sie voneinander und wie wird die hypnotherapeutische Technik in das analytische Denken integriert, am Beispiel Amerikas?

ml: Diese Unterscheidung ist in den USA anders zu treffen, vor allem, weil die psychoanalytische Bewegung in den USA in anderen Hauptorganisationen zuhause ist. Sie ist innerhalb der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft angesiedelt. Das ist so, weil die Mitglieder der Amerikanischen Psychoanalytischen Gesellschaft auch Mitglieder der beiden größeren Organisationen sind. Und innerhalb dieses Rahmens, innerhalb der amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft gibt es Hypnose oder Aspekte, die Hypnose beinhalten und Dr. ROSS und ich waren letztes Jahr auf dem nationalen Kongress der Amerikanischen Psychologischen Gesellschaft die Hauptreferenten, im Bereich der Hypnose und Schmerzkontrolle, sowie Hypnose und innovative Techniken.

dr: Wir haben erfahrene klinische Profis in Hypnotherapie trainiert und mit großem Anklang über die Zusammenhänge von Hypnose und anderen Verfahren referiert. Zudem ist die Sektion „Hypnose“ sehr groß in der Amerikanischen Psychologischen Gesellschaft. Und steht in gutem Ruf. ERICKSON's Werk findet in unserem Land ein großes Interesse, er ist sehr, sehr gut bekannt im Moment. Der erste internationale ERICKSON-Kongreß war die größte Zusammenkunft, die jemals stattgefunden hat, um einzelnen Psychotherapeuten Respekt zu zollen. Niemals in der Geschichte der USA haben sich so viele Leute zusammengefunden, um einen einzelnen Psychotherapeuten zu ehren. Da herrscht eine große Neugierde und Offenheit in der traditionellen Kultur. Die Tatsache, daß wir beide, Dr. LEHRER und ich, u.a. an so einer traditionellen Institution wie der Medical School in San Francisco arbeiten, die zur University of California School of Medicine gehört, die eine extrem traditionelle Institution ist, und wir Gelder erhalten, die es uns ermöglichen, Forschungen zu betreiben innerhalb dieser Universität, spricht für die Tatsache, daß die amerikanische Medizin gewillt ist, sich diese Techniken nicht nur anzusehen, sondern auch in der Tat Fonds zu schaffen, um wirklich die Anwendungsmöglichkeiten der Hypnose, sowohl innerhalb der Medizin als auch innerhalb der Psychotherapie zu untersuchen. Ich denke, Hypnose befindet sich noch im Entwicklungsstadium, aber die Aufgabe ist es gerade jetzt, nicht so sehr die Hypnose in allen Bereichen zu etablieren, sondern eher die Erforschung aller ihrer Möglichkeiten sowohl im psychologischen wie im medizinischen Kontext.

pg: Glaubt ihr, daß die Hypnotherapie, wie wir es nun drehen oder wenden, sozusagen die Mutter der Psychotherapie ist? Und wenn ich noch ein paar Namen nennen darf, welcher bekannte oder kunstfertige Psychologe bzw. Therapeut war nicht in seinen Anfängen Hypnotherapeut? PAWLOW und PEARLES sind zwei Namen die mir spontan einfallen.

dr: Das führt zu dem zurück, was wir vorher gesagt haben, ich weiß, daß viele Therapeuten hypnotherapeutische Techniken anwenden oder es so nennen. In der Familientherapie z.B. Mara SELVINI aus Mailand. Sie ist eine geniale Hypnotherapeutin, die wahrscheinlich im Moment sagen würde, nichts besonderes über Hypnotherapie zu wissen, aber Techniken wie das zirkuläre Befragen, enthalten viele basale Elemente sehr, sehr kunstfertiger Hypnotherapie. Ich denke, wo wir hingeraten, wenn wir anfangen, die systemische Therapie und Hypnotherapie zu unterscheiden, ist eine semantische Spielerei. Familientherapeuten und ERICKSON'sche Therapeuten benutzen so viele gleiche Techniken und dieselben Landkarten und sie mögen diese Dinge unterschiedlich benennen, aber die Techniken sind grundsätzlich die gleichen. Und das ist etwas, was wir jetzt brauchen, nämlich damit anzufangen, die Zusammenhänge zu berücksichtigen. Es bestehen so viele Ähnlichkeiten zwischen der systemischen Therapie und der Hypnotherapie, denn diese Therapieformen unterscheiden sich in erster Linie in der Nomenklatur.

ml: Ich denke, daß jeder Therapeut das Recht hat, was immer er auch tut, so zu benennen, wie er es benennen will. Und gleichzeitig wäre ich sehr überrascht darüber, wenn Leute, die als gute, als exzellente, als kreative Therapeuten angesehen werden, wenn sie nicht über ein wirklich sehr gutes praktisches Know how verfügen würden, was die Anwendung von Entspannungsmethoden, von Imaginationstechniken, sensory awareness Methoden anbetrifft. Wie man therapeutische Suggestionen einschließlich der Umdeutungen gebraucht, oder therapeutische Metaphern und Konfusionstechniken einsetzt. Es spielt wirklich keine Rolle, wie die Therapeuten es im Einzelnen benennen, was sie tun.

dr: Eigene Bewußtheit der Wahrnehmungssysteme und das Wissen, auf einer symbolischen Ebene und einer metaphorischen Ebene zu arbeiten, ist bestimmt ein sehr wichtiger Teil der systemischen Therapie. Die drei Therapieformen, die momentan am meisten gemein haben, sind wirklich die systemische Therapie, die Hypnotherapie und die Gestalttherapie. Diese drei geben zusammen ein wirklich gutes System ab.

kd: Glaubt ihr, daß Hypnotherapeuten, bzw. diejenigen, die sich als solche ansehen, eher als andere Therapeuten wissen, was sie tun?

dr: Was sie mit der Hypnose tun?

kd: Ich meine es in Bezug auf die Effekte, die sie evozieren oder provozieren möchten.

dr: Es läuft darauf hinaus. Wenn ich mit einer Familie oder einem Patienten arbeite, benutze ich Techniken der Gestalttherapie, und ich benutze alles was ich von der systemischen Therapie kenne und ich benutze die Hypnose. Die Frage ist nicht, welches davon besser ist, sondern was effektiver ist, nämlich die elegante Kombination dieser Dinge.

pg: So wäre doch die feste Beschreibung all dessen, was wir zu diesem Punkt in den letzten Tagen diskutiert haben gleichgültig, ob es sich nun um die Arbeit von Helm STIERLIN und seinem Team in Heidelberg handelt, oder um die Arbeit von Mara SELVINI in Mailand oder ob es sich um das handelt, was wir hier am Institut für Familientherapie entwickeln, wichtig ist die „Eheschließung“ zwischen systemischer Therapie und Hypnotherapie. Es ist „nur noch“ die Frage zu klären, was wann und wie am besten wirkt, egal, in welchem theoretischen Rahmenkonzept bzw. in welchem theoretischen oder sprachlichen Bezugsrahmen wir das im einzelnen beschreiben.

dr: Damit stimmen wir überein. Und ich habe festgestellt, daß die Therapeuten zumindest hier in der BRD, die die Familientherapie repräsentieren, sehr an dieser Eheschließung interessiert sind. Ich denke, was dabei herauskommt, ist etwas, bei dem das Ganze weit mehr als die Summe seiner Teile sein wird.

pg: Therapie, der ständigen Veränderung zweiter Ordnung.

ml: Ich möchte noch einmal zur vorherigen Frage zurückkehren. Ich denke, daß einer der Hauptvorteile von Leuten, die mit Hypnose arbeiten, der ist, daß sie sehr viele Patienten zu Gesicht bekommen. Es besteht eindeutig die Richtung zu kürzeren Behandlungszeiten und deshalb bekommt man viel mehr Patienten zu Gesicht. Und von daher sind die Hypnotherapeuten ganz leicht im Vorteil, da sie daher die Chance haben, sich alle möglichen Muster von Patienten anzusehen. Natürlich, wenn jemand erfahren ist und viele Familien im Laufe der Zeit gesehen hat, gilt für ihn das Gleiche. Aber im Allgemeinen haben die Leute, die dazu tendieren, Hypnose zu benutzen, einen leichten Vorteil, da sie im Durchschnitt mehr Patienten zu Gesicht bekommen.

kd: Es gibt ja nun die verschiedensten Methoden, um die Aufmerksamkeit der Leute, die zur Therapie kommen, zu fesseln, z.B. das Autogene Training, wo man auf sehr mechanische Art und Weise vorgeht, wie ich meine, also es bleibt die Frage, welcher Unterschied besteht denn nun zwischen der modernen und der klassischen Hypnose?

dr: Eine grundsätzliche Überzeugung der modernen Hypnotherapie ist tatsächlich, daß jeder Patient die Lösung seiner eigenen Probleme weiß. Und die Aufgabe des Therapeuten ist es, die verschiedenen Techniken in der richtigen Kombination zusammenzustellen, damit der Patient dann angeregt wird, wenn er genug entspannt ist, die kreativen Lösungen für sich selbst zu entwickeln. So kann der Therapeut Kombinationen von Entspannung, Imagination, Umdeutung zusammenstellen und auf diese Weise werden Assoziationsressourcen des Patienten angeregt, und er bemerkt, wieviel er momentan mit seiner eigenen Kraft dazu beiträgt, eine gute Lösung herbei zuführen, eine gute Alternative, einen adäquaten Weg heraus aus der verfahrenen Situation selbst zu finden. Und wenn der Therapeut das richtig anstellt, dann arbeitet der Patient nicht nur auf der bewußten, sondern auf der unbewußten Ebene, um seine eigenen Lösungen zu entwickeln. Der Therapeut stellt keine Lösungen für den Patienten bereit, seine Aufgabe ist es, dem Patienten im Kontext der Therapie die Erkenntnis zu vermitteln, daß er viel mehr weiß und kann, als ihm sein Bewußtsein weismachen will.

ml: Und wenn ich Leuten vermittele, wie man Schmerz unter Kontrolle bringt, indem sie Hypnose gebrauchen, gebe ich dem Klienten damit auch einen Weg in die Hand, wie er wahrnehmen kann, wann und wie er diesen Schmerz auf eine andere Weise benutzen kann, z.B. jetzt als ein neues Signal dafür, daß er sich entspannen sollte, daß er sich selbst nicht so sehr stressen sollte und daß er lernt zu bemerken, wann er gegen seine eigenen Interessen handelt. So lernt der Klient wenn ich solche Methoden anwende, wie er selbst wahrnehmen und regulieren kann, was er tut. Ähnlich in der Familie, wenn ich den Familienmitgliedern zeige, wie leicht und wie intelligent ihr Kind sich seiner Vorstellungskraft bedient, dann sehen sie das Kind zum ersten Mal mit anderen Augen an und beginnen wahrzunehmen, daß es sich vielleicht intelligenter verhält, als sie es je für möglich gehalten haben. Und diese Art der Arbeit mit Patienten wird sehr gefördert durch das Anwenden von Imaginationen, indem man den Leuten zeigt, wie sie sich jederzeit entspannen können, indem ich ihnen dabei helfe, dadurch, daß ich noch eine Umdeutung oder eine andere hypnotherapeutische Technik verwende. Hier in Deutschland ist das Autogene Training sehr verbreitet, so wie in den USA die JAKOBSON'sche Entspannung, das sind einzelne Techniken, von denen ich meine, das alle Hypnotherapeuten und Therapeuten sie verwenden sollten. Ich glaube, daß diese einzelnen Methoden wirksamer werden, wenn man sie zusammen benutzt, wenn die Entspannung Imagination beinhaltet, so wie therapeutische Suggestion und Umdeutungen und indirekte therapeutische Metaphern, wenn das alles ineinander greift, um sinnvolle Veränderungen bei dem Klienten auszulösen.

kd: Die letzte Frage für mich, bzw. der letzte Fragenkomplex für mich dreht sich um die Hypnotherapie und die systemische Familientherapie; es ist bekannt, daß Jay HALEY mit Milton ERICKSON zusammenarbeitete, und HALEY über ERICKSON's Arbeit viel publizierte. HALEY ist ein berühmter Familientherapeut und ich denke, daß ERICKSON indirekt - z.B. durch HALEY - sehr viel, was Familientherapie anbetrifft, initiiert hat.

Paul WATZLAWICK ja auch, er war sehr von ERICKSON beeinflusst, wie alle Mitarbeiter des MRI⁵, die gesamte kommunikationstheoretische Schule der Familientherapie war sehr von ihm beeinflusst. Auch BATESON war mit ERICKSON verbunden und vice versa. BATESON und seine Mitarbeiter entwickelten die Doppelbindungstheorie usw.. Was glaubt Ihr, sind die gemeinsamen Hauptkomponenten der Hypnotherapie und der systemischen Familientherapie. Vielleicht kann ich noch die relativ neue Technik der zirkulären Befragung hinzufügen, erzeugt

⁵ Mental Research Institute, Palo Alto.

man durch diese Technik z.B. eine systemische Konfusion und bereitet dann durch Suggestion - z.B. in der Abschlußintervention - eine Veränderung vor?

dr: Fixierte Muster zu brechen ist der gemeinsame Nenner zwischen moderner Hypnose und der Systemischen Familientherapie. Das fixierte Muster identifizieren, das entweder für den einzelnen oder die Familie dysfunktional ist und dann eine Intervention kreieren, oder eine Umdeutung oder eine Geschichte, die irgendwie zu einer Unterbrechung in den fixierten Mustern führt, ist der grundlegende gemeinsame Nenner der beiden Schulen.

ml: Ich denke, ein anderer Aspekt ist, daß man zum einen feste Muster brechen kann und nur das tun kann, und daß man zum anderen lernen kann, feste Muster auf intelligente Art aufzulösen.

dr: Und sie dann gut zu „verankern“⁶, daß sie bestehen bleiben. Und das ist glaube ich, das Geheimnis von wirklich großer Familientherapie. Es reicht nicht aus, einfach eine Intervention zu machen, man muß auch die ganze Idee des „pacing and leading“ beherrschen. Sowohl im familientherapeutischen als auch im individualtherapeutischen Kontext ist das Vorgehen sehr ähnlich, man begleitet und leitet die Klienten und dann ankert man die Verhaltensänderungen, so daß entweder die Familie oder das Individuum ein funktionales Verhalten erreichen, kreativer oder selbstbewußter werden oder jedes andere Adjektiv, das man hier einfügen kann oder will. Die Idee, daß man eine Familie 1 x pro Monat zu Gesicht bekommt und a la SELVINI eine Intervention haargenau plaziert, daß sie gut genug verankert ist und daß sie lange genug wirkt, so daß sich die unglaubliche Homoöstase jeglischen fixierten Musters effektiv verändert.

ml : Und ich würde hinzufügen, man kann sowohl in der Hypnotherapie als auch in der Familientherapie die fixierten Muster auf eine intelligente Art auflösen, anstatt sie zu brechen. In der Systemischen Familientherapie sieht es dann nicht so aus, als sei etwas mit Gewalt oder List und Tücke aufgebrochen, stattdessen sieht es so aus, als hätte neues Lernen stattgefunden und das ist unser Ziel bei all diesen Therapieformen.

kd: Meine letzte Frage ist eine andere, wirklich letzte, es gibt viele Leute, die sich darüber beklagen, daß man so brillant wie ERICKSON sein müßte, und wenn sie z.B. „Die Psychotherapie Milton ERICKSON's“ von Jay HALEY lesen, stöhnen sie und fragen sich, wie zum Teufel kam ERICKSON zu einer solchen Intervention. Heutzutage versuchen alle möglichen Leute ERICKSON zu imitieren oder so zu sein wie er war. Also woher nahm er diese Interventionen, denn viele Leute, die seine Interventionen nachzuahmen versuchen, erleiden Schiffbruch, wie erklärt Ihr das?

dr: Eine Sache, die ERICKSON zeigt, ist das eigene Leben voll zu leben, in jedem nur erdenklichen Sinne des Wortes. Er selbst hat das Leben geliebt. Er hatte einen reichen Erfahrungsschatz auf den er zurückgreifen konnte. Ich denke, einer meiner Ratschläge an Studenten, die zu mir und zu Dr. LEHRER kommen, ist, sich wirklich zu erlauben, sich die Zeit zunehmen, sich zu entwickeln, sich selbst zu erfahren und richtig zu leben. Das ist das Schwierigste in unserem Land, z.B. für Medizinstudenten. Ihr ganzes Leben verläuft in festen Bahnen, aufgrund dessen, daß sie Arzt werden wollen, so daß sie außerhalb ihres Medizinstudiums kaum Erfahrungen sammeln, in der ganzen Zeit, in der andere alle möglichen

⁶ vgl. BANDLER, R. & GRINDER, J. (1975): Frogs into Princes. Neuro Linguistic Programming. Real People Press, Moab, Utah.

Erfahrungen machen, Beziehungsgeschichten, Reisen, Erfahrungen in allem und jedem, mit sich selbst, Erfahrungen durch Filme, Theater, kurz, um Erfahrungen auf jede mögliche Art und Weise.

pg: Sie stehen also außerhalb des realen Lebens?

dr: Viele haben einfach keine Gelegenheit dazu, und ich denke, das ist ein echter Fehler in unserer Kultur, und ich stelle mir vor, daß auf Deutschland das Gleiche zutrifft, nämlich, daß das Ausbildungssystem den Leuten nicht die Zeit läßt, die sie brauchen, um sich im sogenannten realen Leben zurechtzufinden. Das Buch, das HALEY geschrieben hat, beschreibt einen Mann, der 35 Jahre seines Lebens und länger damit verbracht hat, Therapie zu machen und man kann sich nicht mit so jemanden vergleichen. Wenn man z.B. 5 Jahre Therapieerfahrung hat, kann man sich nicht mit jemanden vergleichen, der das sein ganzes Leben lang getan hat, der selbst 8 Kinder hatte und viele andere Erfahrungen gesammelt hat. Diese 35 Jahre haben eine bestimmte Qualität, nämlich, sich selbst die Erlaubnis zu geben, zu leben und das Leben in seiner Vielfalt zu erfahren. Das bereichert die Person jedes Therapeuten, gleichgültig, ob er nun im Stil von ERICKSON arbeitet oder als Psychoanalytiker.

pg: ERICKSON hat ja viele seiner persönlichen Erfahrungen in seinen Therapien seinen Klienten erzählt.

dr: Genau!

pg: Es bleibt also die Frage, können wir uns überhaupt über ERICKSON hinausentwickeln?

dr: Ich glaube schon. Ich denke, daß wir in einer glücklichen Situation sind, da uns ERICKSON ein so reiches Vermächtnis hinterlassen hat. Wir haben das Glück, daß wir nicht mehr um die initialen Begriffe kämpfen müssen, er hat sie uns gegeben und wir können an diesem Reichtum teilhaben und können diesen Reichtum weiterentwickeln, am besten in folgender Art und Weise: Möglichst viele und unterschiedliche Patienten behandeln, unser eigenes Leben möglichst intensiv zu leben und dann die Therapieergebnisforschung zu leisten, die, was die Hypnose betrifft, noch nie gemacht wurde, nämlich die Effektivität der Hypnose besonders für die Medizin zu dokumentieren. Zudem die Bereitschaft zu haben, weiter in der Richtung zu forschen, über die wir zuvor in den Interviews gesprochen haben, nämlich die „Eheschließung“ von Hypnotherapie und anderen etablierten therapeutischen Verfahren, die auch in diese Richtung gehen.

Aber ich glaube, daß es 20 Jahre dauert, um überhaupt ein guter Therapeut zu werden. Die Entwicklung jedes guten Therapeuten braucht einfach Zeit. Man kann aus der Uni kommen und sich entscheiden, so wie ERICKSON zu werden, aber es braucht Zeit und Geduld.

ml: Es gibt im Englischen ein Lied, das davon handelt, den unträumbaren Traum zu träumen. Wenn das Lebenswerk von M. ERICKSON mehr Leuten dazu verholfen hat, den unträumbaren Traum zu träumen, als Therapeut so gut zu werden, wie es ihnen möglich ist, dann ist das eine gute Sache, denke ich. Und hoffentlich werden sie entdecken, daß sie ihre eigenen unträumbaren Träume träumen können, indem sie von seinem Werk lernen und ebenso von dem Werk anderer sehr kunstfertiger Leute in unserem Arbeitsfeld.

pg: Das ist ein gutes Schlußwort, wir danken Euch für das Gespräch.

* auto *

Kurze Bibliographie zur ERICKSON'schen Hypnotherapie:

- BANDLER, R. & GRINDER, J. (1975): Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. ERICKSON M.D., Volume I u. II. Meta Pubs, Cupertino.
- COOPER, L. & ERICKSON, M.H. (1959): Time Distortion in Hypnosis. The Williams & Wilkins Company.
- HALEY, J. (1978): Die Psychotherapie Milton ERICKSON's. Pfeiffer Verlag, München.
- LANKTON, S. & LANKTON, C. (1983): The Answer within. A Clinical Frame Work of ERICKSON'ian Hypnotherapy. Brunner & Mazel, New York.
- ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1978): Hypnose, Induktion, Psychotherapeutische Anwendung, Beispiele. Pfeiffer Verlag, München.
- ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1981): Hypnotherapie, Aufbau, Beispiele, Forschungen. Pfeiffer Verlag, München.
- ROSSI, E.L. (Hg.) (1980): The Collected Papers of Milton H. ERICKSON on Hypnosis Vol. I-IV. Irvington Publishers New York.
- ZEIG, J. (1980): Teaching Seminar with Milton H. ERICKSON. Brunner & Mazel, New York.
- ZEIG, J. (1980): ERICKSON'ian Approaches to Hypnotherapy and Psychotherapy. Brunner & Mazel, New York.

THESEN ZUR SYSTEMISCHEN THERAPIE^{1 2}

Klaus G. Deissler

1. Systemische Therapie steht jenseits dualistischer Wertvorstellungen

Systemische Therapie ist nicht am herkömmlichen psychosozialen Versorgungsmodell, das einerseits gesunde psychotherapeutische Versorgungsexperten und andererseits kranke Versorgungsempfänger vorsieht, orientiert.

Systemische Therapie definiert vielmehr Probleme (herkömmlich: Symptome, Krankheiten, pathologische Erscheinungen des Individuums), indem sie ihre soziale (systemische) Funktion und ihren metaphorischen Aussagewert für eine umschriebene natürliche, d.h. eine über die Zeit evolvierende oder selbstorganisierende Gruppe untersucht.

Psychosoziale Experten, die an der Aufrechterhaltung oder Konstituierung des Problems beteiligt sind, werden in das systemische Verständnis des Problems einbezogen. Genauso gehört der Therapeut selbst sowie das therapeutische Team, dessen Teil er ist, zur Problembeschreibung dazu, sobald sich die ratsuchende Familie und das therapeutische Team zum **therapeutischen System** verwoben haben. Bei dieser Betrachtungsweise werden in erster Linie die gesamtsystemischen Wirkungsmuster des therapeutischen Systems fokussiert.

Die dieser Vorgehensweise zugrundeliegende Prämisse, nämlich daß sie Problemdefinition durch den Therapeuten und die Problemdarstellung durch die problemtragende Gruppe nicht voneinander zu trennen sind, widerspricht der herkömmlich-dualistischen Denkweise, die zwischen krank und gesund, böse und gut, falsch oder richtig und Subjekt und Objekt unterscheidet. Systemische Therapie reflektiert also ständig die Wirkungsnetze miteinander verbundener Menschengruppen (z.B. therapeutisches Team und problemtragende Gruppe).

Damit ist Systemische Therapie keine Therapieform, die sich unreflektiert in herkömmlichen medizinischen Versorgungsinstitutionen übernehmen und durchführen läßt. Sie macht ein Umdenken erforderlich, das auch alternative Formen therapeutischen Handelns sowie Gestaltung therapeutischer Institutionen nach sich zieht. Damit steht sie also im Widerspruch zu thera-

¹ Dieses Thesenpapier wurde in seiner ursprünglichen Form zum erstenmal anlässlich der 4. Jahrestagung der DAF 1982 (Titel: „**FAMILIENTHERAPIE - WISSENSCHAFT oder KUNST?**“) in Marburg unter dem Namen „Marburger Manifest“ in einem kleinen Kreis diskutiert.

Die Fachzeitschrift „Psyche“ lehnte es ab, die Thesen zu veröffentlichen.
In der Redaktion der „Familiendynamik“ sind diese Thesen verschollen.

² Ursprünglich lautete der Titel: Thesen zur systemischen Familientherapie. Der Begriff Familie ist aber auch unter Familientherapeuten nicht eindeutig definiert. Inzwischen ziehen es die meisten systemischen Familientherapeuten daher vor, von „Systemischer Therapie“ zu sprechen.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, möchte ich darauf hinweisen, daß der Begriff „Familie“ hier i.S. von „Lebensgemeinschaft“, die ein **gemeinsames Personen-Raum-Zeit-Kontinuum** beschreibt, aufgefaßt wird (vgl. These II).

peutischen Konzeptionen, die ihren Klienten bestimmte Lebensformen als richtig, andere als falsch, wünschenswert oder verwerflich, progressiv oder konservativ oder subjektiv oder objektiv vorschreiben möchten. Systemische Therapie steht also jenseits dualistischer Werthaltungen.

2. Systemische Therapie macht sich das Systemische Paradigma der Selbstorganisation zunutze

Systemische Therapie orientiert sich nicht am Ursache-Wirkung-Denken der klassischen Physik oder dem Gleichgewichtsdanken der Thermodynamik. Systemische Therapie macht sich das systemische Paradigma zirkulär evolvierender Selbstorganisation zunutze, indem sie **Prozeß-** oder **Wirkungsmuster** sich selbstorganisierender Personengruppen über bestimmte Zeitabschnitte untersucht, sie beeinflusst bzw. mit ihnen koevolviert.

Systemische Therapie ist damit ein selbstreflexiver geistiger Prozeß, der keine positiven Wirkungen i.S. linearer Ursache-Wirkungs-Mechanismen erzielen möchte, sondern selbstorganisierende Personengruppen dazu anregt, durch rekursive Prozesse Lösungen für ihre eigenen Probleme zu finden.

So gesehen erweist sich Systemische Therapie als Katalysator der Selbstorganisation zwischenmenschlicher Gruppen, die sich in ständigem Ungleichgewicht (Fließen) befinden und damit fähig sind, für neue Probleme neue Lösungen zu erfinden oder zu schöpfen.

Systemische Therapie reflektiert darüber hinaus verschiedene Ebenen der Autonomie (Selbstorganisation). Wenn man Individuen als letzte unteilbare Einheiten geistiger Selbstorganisationsprozesse betrachtet, kommt man - wenn man sich auf diese Ebene beschränkt - zur Therapie von Individuen. Systemische Therapie betrachtet jedoch das Individuum in seinem zwischenmenschlichen Kontext bzw. sieht diesen Kontext selbst als therapeutische Einheit an, zu dem auch der Therapeut gehört.

Individuen haben ihre inneren Kohärenzen, die ihre individuelle Autonomie ausmachen. Auf jeweils höheren Abstraktionsebenen haben jedoch auch Familien und andere Ökogruppen, größere Lebensgemeinschaften oder gesellschaftliche Gruppierungen usw. ihre internen Kohärenzen.

Da sich diese Kohärenzen bei der Fokussierung erweiterter Kontexte jeweils neuartig entfalten, kann man von verschiedenen Kontextniveaus bzw. Kontextweiten der Autonomie oder rekursiven Selbstorganisation sprechen. Demgemäß läßt sich allen Kontexten bzw. Subeinheiten relative Autonomie zuschreiben.

Durch diese Denkweise ist es möglich, auf jeder Ebene die Aufrechterhaltung und Lösung von Problemen sowie die Verantwortung für bestimmte Verhaltensweisen im rekursiven Sinne zu reflektieren und zu verstehen.

Dieses Verständnis lebendiger Prozesse im allgemeinen und menschlicher Prozesse im besonderen erlaubt es, die verschiedenen Prozeßebenen oder Prozeßweiten koevolvierend, d.h. sich gleichzeitig entwickelnd zu sehen. Wenn sich also ein Therapeut auf eine Ebene der Betrachtung beschränkt, nimmt er eine willkürliche, möglicherweise für therapeutische Zwecke sinnvolle Unterscheidung vor.

3. Systemische Therapie ist ein kokreativer Prozess, der Erstmaligkeit schöpft und Vielfalt fördert

Im Gegensatz zur herkömmlichen Auffassung dient Systemische Therapie nicht der Anpassung des Individuums an bestehende familiäre Verhältnisse oder der Anpassung von Familien an gesellschaftliche Verhältnisse.

Dies liegt daran, daß die Verhältnisse selbst mitorganisierender Bestandteil der Therapie sind, also koevolvierend und darüber hinaus, daß die Familien- bzw. Ökogruppenmitglieder sich selbst und ihre Organisationsform kooperativ mit dem therapeutischen Team ändern. Dies geschieht dadurch, daß durch Systemische Therapie die Beziehungen innerhalb einer Ökogruppe zu ständigen ausgewogenen Neudefinitionen angeregt werden. Dieses evolutionäre Tempo der Neudefinitionen der Beziehungen ist der Koevolution familialer und gesellschaftlicher Prozesse förderlich.

Somit kann man sagen, Systemische Therapie dient der Schöpfung von Erstmaligkeit bzw. neuer Information in Beziehungen, die Problemlösungen innerhalb einer natürlichen Mehrpersonengruppe anregt und darüber hinaus neue Entwicklungsperspektiven eröffnet. Dies wiederum ist Voraussetzung und Folge gesellschaftlicher Koevolution im kleinen Rahmen zugleich.

Systemische Therapie erweist sich so als kokreativer Prozeß zwischen therapeutischem Team und der Familie. Dieser Prozeß bestätigt das Selbstverständnis der jeweiligen Form der Selbstorganisation. Insbesondere jedoch fördert er das, was unwahrscheinlich ist, also zur Neugestaltung zukünftiger Formen und Sinnhalte der Selbstorganisation beiträgt.

Insgesamt gesehen fördert Systemische Therapie damit die Vielfalt menschlicher Existenzbedingungen und gesellschaftlicher Prozesse (im kleinen Rahmen).

4. Systemische Therapie nutzt die Erkenntnisse ökosystemischer und koevolutionärer Epistemologie

Für Systemische Therapie ist eine ökosystemische, koevolutionäre Orientierung kein Lippenbekenntnis.

Wie aus ihrem Namen hervorgeht, **korrespondiert** Systemische Therapie mit allen am Problem beteiligten Personen. Systemische Therapie untersucht also Symptome und Probleme in ihrer zwischenmenschlichen Verwobenheit.

Damit gelangt Systemische Therapie zu einer positiven Sichtweise von Problemen, die der oberflächlichen Betrachtung als negativ zu wertende individuelle Symptome erscheinen mögen. Das, was beim Individuum als Symptom erscheint, hat bei Berücksichtigung eines definierten Kontext für das betreffende Personensystem wichtige positive kommunikative Funktionen wie Schutz, Hilfe aber auch Wut, Trauer oder Verzweiflung. Diese Gefühlsqualitäten werden als Beziehungsdefinitionen verstanden. Die systemische Betrachtungsweise erlaubt jedoch darüber hinaus die problemformenden Wirkungsmuster der autonomen ökologischen Gruppe zu erfassen.

Durch das Einbeziehen der Personen, die das Problem gemeinsam tragen, kann Systemische Therapie prophylaktische Wirkungen erzielen:

Erreichte Fortschritte können nicht so leicht wie bei der Individualtherapie dadurch wieder zunichte gemacht werden, daß nicht anwesende Personen, die den Veränderungsprozeß nicht mitvollzogen haben, alte familiäre Muster wiederherstellen. Darüber hinaus kann ebenso ver-

hindert werden, daß bei Reduktion eines Symptoms bei einer Person Symptome bei anderen Familienmitgliedern auftreten.

Damit fördert Systemische Therapie Solidarität und Mitverantwortung innerhalb einer natürlich evolvierenden Gruppe.

5. Auftraggeber des Familientherapeuten ist die Familie selbst

Nach dem herkömmlichen psychosozialen Versorgungsmodell sind es jedoch bestimmte gesellschaftliche Institutionen oder Organisationen, die den Therapeuten anstellen, bezahlen und mit der Therapie beauftragen: Kirchen, Universitäten, Stadtverwaltungen usw. Es ist ein weitverbreiteter Irrtum unter psychosozialen Fachleuten, zu glauben, ohne weiteres bei solchen Institutionen angestellt psychotherapeutisch neutral arbeiten zu können (vgl. These IV).

Wenn bestimmte Organisationen Geld- und Auftraggeber von Psychotherapeuten sind, bestimmen sie wesentlich die Rahmenbedingungen zur Durchführung der Therapie mit. Z.B. ist es leicht verständlich, daß Psychotherapeuten als Universitätsangestellte eher Personen aus dem universitären Bereich behandeln und katholische Beratungsstellen auf dem Lande eher katholische Landbewohner. Dies heißt jedoch nichts anderes, als daß diese Institutionen meist nach dem Denkmodell der wechselseitigen Anpassung an bestehende Verhältnisse handeln und nicht nach dem systemischen Paradigma der Selbstorganisation.

Deshalb ist zu fordern, daß Psychotherapeuten im allgemeinen und Familientherapeuten im besonderen eine von der Gesellschaft gewährte unabhängige Stellung erhalten, um nicht zum Vollzugsbeauftragten bestimmter Institutionen mit bestimmten Zielrichtungen zu werden.

Um eine Metapher zu gebrauchen: Im juristischen Denkraum ist zweierlei außergewöhnlich. Einmal, daß ein Angeklagter durch den Staatsanwalt kraft seines Amtes verteidigt wird und zum anderen, daß der Rechtsanwalt seinen Mandanten i.S. der Anklage angreift. Vom Staatsanwalt erwartet man meist nicht, daß er den Angeklagten verteidigt.

Das heißt auf den psychotherapeutischen Kontext übertragen, daß man vom staatlich beauftragten Psychotherapeuten nicht unbedingt erwarten kann, daß er seinen Klienten in ihrer eingeschränkten Autonomie hilft; häufig hat der staatlich beauftragte Psychotherapeut die Funktion eines sozialen Kontrolleurs. Andererseits wäre es jedoch für die Klienten genauso verhängnisvoll, wenn man von einem frei niedergelassenen Psychotherapeuten lediglich erwarten könnte, daß er sich als sozial-educativer Helfer mit seinen Klienten gegen bestimmte gesellschaftliche Einrichtungen verbünden würde.

M.a.W.: Damit der Familientherapeut die Familie selbst als Auftraggeber behandeln kann, braucht er, um ihre Autonomie zu fördern, eine von der Gesellschaft gewährte unabhängige Stellung. Diese unabhängige Stellung wird dem Familientherapeuten - ob frei oder angestellt praktizierend - derzeit nirgends explizit gewährt. Ratsuchende Familien sind deshalb ausschließlich auf persönliches Vertrauen zu ihrem Therapeuten angewiesen. Die Unabhängigkeit des Therapeuten ist also explizit zu fordern.

Neben seiner Unabhängigkeit braucht der Familientherapeut jedoch zusätzlich eine neutrale therapeutische Haltung, um effizient arbeiten zu können (vgl. These VI).

6. Systemische Therapie verlangt vom Therapeuten ständiges Bemühen um Neutralität

Im Gegensatz zu einigen Formen der Individualtherapie, in denen sich der Therapeut mit dem Klienten gegen dessen Familie oder mit sogenannten positiven Teilen des Klienten gegen dessen negative Teile usw. verbündet (z.B. Unbewußt gegen Bewußt), vermeidet der Familientherapeut es, sich mit irgendeinem Familienmitglied zu verbünden. Ebenso wenig nimmt der Therapeut Partei für oder gegen außerfamiliale Umweltbedingungen, die irgendwie mit dem Problem zu tun haben. Die Familie, die zur Therapie kommt, hat nicht das Gefühl, vom Therapeuten bewertet zu werden.

Der Familientherapeut strebt nicht danach, der Familie seine private Glücksphilosophie, Befreiungsstrategie oder Wertideologie aufzudrängen oder sie dazu zu verführen. Er weiß, daß die Problemlösungsressourcen gemäß der Prämisse der Selbstorganisation in der Familie selbst liegen.

Damit wird der Familientherapeut zum Katalysator der autonomen Problemlösungsfähigkeiten der Familie: Er regt **autonome Transformationsprozesse** in der Familie an, die ihre interne Kohärenz, d.h. die problemformenden Wirkungsmuster so verändern, daß die Probleme überflüssig werden. Der Therapeut weiß, daß die Lösungen, die die Familie selbst findet, bei weitem die Lösungen übertreffen, die sich der Therapeut für die Familie ausdenken könnte.

Das Paradoxon der Systemische Therapie liegt darin, daß der Therapeut umso wirkungsvoller arbeiten kann, je mehr es ihm gelingt, neutral zu sein. Anders ausgedrückt:

Je mehr sich der Therapeut für ein Familienmitglied engagiert, desto wirkungsloser bleibt er, wenn man die systemische Betrachtungsweise akzeptiert. Dieses Paradoxon entspricht dem taoistischen „Tun durch Nicht-Tun“. Es fördert autonome Transformationsprozesse der Familie.

7. Systemische Therapie i.e.S. ist ein Wirkungsvolles psychotherapeutisches Verfahren

Nimmt man die ersten 6 Thesen zusammen, wird verständlich, daß Systemische Therapie i.e.S. ein vergleichsweise wirkungsvolles therapeutisches Verfahren ist. Wie familientherapeutische Erfahrungen zeigen und Untersuchungen bestätigen, können durch Systemische Therapie auch psychische Probleme wie sogenannte Psychosen, Drogenabhängigkeit und psychosomatische Erkrankungen erfolgreich durch die Kooperation von Familie und therapeutischem Team gelöst werden, indem die Autonomie der Familie gestärkt wird.

Die genannten Problembereiche gelten aus individualtherapeutischer Sicht als äußerst schwierig oder nicht lösbar. Da dies so ist, ziehen es einige Individualtherapeuten vor, bei solchen Problembereichen eine stationäre Behandlung zu befürworten.

Da Systemische Therapie aber gerade auch bei dem genannten Problemkreis wirkungsvoll ist, stellt sie eine ernstzunehmende Herausforderung für individualtherapeutische Verfahren sowie stationäre psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungsformen dar.

Diese Herausforderung gegenüber herkömmlichen Verfahren wird noch durch 2 Faktoren verschärft: Systemische Therapie ist vergleichsweise kostengünstig und sie wirkt prophylaktisch.

Fazit: Systemische Therapie kann ein Nachteil sein

Nimmt man alle 7 Thesen zusammen, kann man festhalten:

Systemische Therapie steht jenseits dualistischer Wertvorstellungen, orientiert sich am systemischen Paradigma der Selbstorganisation, dient der Schöpfung von Erstmaligkeit, ist ökologisch orientiert, sieht sich von der problemtragenden Gruppe selbst beauftragt, verlangt vom Therapeuten Neutralität und ist damit als therapeutisches Verfahren wirkungsvoll.

Wenn das alles so stimmt, kann man fragen, ob es überhaupt Nachteile der Systemische Therapie gibt.

Tatsächlich hat Systemische Therapie den wichtigsten Nachteil, den ein psychotherapeutisches Verfahren haben kann. Dieser Nachteil besteht in ihrem Vorteil: Eine Erkenntnistheorie, die so viele Vorteile auf sich vereinigt und ein Verfahren, das durch die Förderung der Selbstorganisation ökologischer Gruppen so wirkungsvoll ist, wird naturgemäß im Kreis einiger Kollegen mißtrauisch beäugt. Denn wer wirkungsvoll intervenieren kann, indem er Selbstheilungstendenzen der betroffenen Menschengruppe auslöst, kann sicher auch seine therapeutische Wirksamkeit zu Manipulationszwecken und zur Befriedigung seiner persönlichen „Machtgelüste“ mißbrauchen.

Nur ist es gerade die Machtmetapher, die für Systemische Therapie denkbar schlecht geeignet ist. Es gibt kaum eine Therapieform, bei der die Unabhängigkeit der Klienten so gewahrt bleibt wie bei der Systemische Therapie (vgl. geringe Sitzungszahl, Neutralität des Therapeuten usw.). Das wichtigste Ziel der Systemische Therapie besteht nämlich darin, die Autonomie der ratsuchenden Klienten zu fördern.

Worin besteht also der Nachteil der Systemische Therapie?

Das systemische Paradigma der Selbstorganisation, auf das sich die Systemische Therapie stützt, ist in der Lage, auch andere Formen der Selbstorganisation als die Familie - nämlich Betriebe, Schulen, Wohngemeinschaften oder Stadtteile - hinsichtlich ihrer internen Kohärenzen zu verstehen und ihre Autonomie zu fördern. Dies stellt dann, und nur dann einen Nachteil oder sogar eine Bedrohung dar, wenn das betreffende natürliche System am eigenen Gleichgewicht, d.h. an seiner Stagnation interessiert ist.

SATIRE - Familienbrett oder Therapeutenlineal?¹

Klaus G. Deissler

Zunächst möchte ich mich entschuldigen: Ich schreibe eine Satire, mit der ich Kollegen aufs Korn nehme, die ich schätze. So was macht man ja eigentlich nicht. Aber einmal ist da die Einladung der Redaktion der Familiendynamik und zum anderen gehört metaphorische und humorvolle Kommunikation mit zu unserem therapeutischen Handwerk. Der tierische Ernst erlaubt es kaum, Probleme so anzureißen und zu verdeutlichen, wie es z.B. eine Satire kann. Ich bitte also um Nachsicht.

Seit ich zum erstenmal von LUDEWIGs Familienbrett hörte, werde ich eine bestimmte Zwangsvorstellung nicht mehr los: Vor meinem geistigen Auge sehe ich eine vierköpfige Familie der Größe nach aufgestellt. Sie haben gemeinsam ein Brett vor dem Kopf - etwa diagonal abfallend. Das kleinste Familienmitglied muß dabei noch einen Klimmzug machen, damit es die Höhe des Bretts auch erreicht; würde es keinen Klimmzug machen, hätte es kein Brett vorm Kopf - zumindest nicht das Familienbrett. Aber da es dazugehören will macht es eben einen Klimmzug.

Nun habe ich in der letzten Familiendynamik einen kurzen Artikel von SIMON und SCHMIDT gelesen: Es geht um Macht und Linealität. Das Schlimme ist, daß ich ja den beiden Autoren in Zukunft enger zusammenarbeite, so daß ich mich scheue, meine satirischen Gedanken zu ihrem Artikel zu veröffentlichen. Andererseits haben aber die beiden ihre Thesen auch veröffentlicht, ohne mich zu fragen - also warum sollte ich dies nicht tun?

Das Problem ist folgendes: Seit ich diesen Artikel gelesen habe, erschüttert mich eine zweite, noch vehementere Zwangsvorstellung: Nämlich das Therapeutenlineal vor den Köpfen des therapeutischen Teams. Was soll ich tun?

Zunächst habe ich die Elemente der beiden Zwangsvorstellungen analysiert und bin zu folgender Erkenntnis gelangt. Gemeinsam ist beiden Vorstellungen:

1. Sie drängen sich immer wieder auf, ohne mich zu fragen - also das Zwanghafte,
2. das Visuelle,
3. das geradlinige, mehrere Personen verbindende.

Nun habe ich mich gefragt, was eigentlich mit mir los ist. Ich bin zu dem Schluß gekommen, daß ich Symptome einer Krankheit habe, die im psychischen Bereich liegt. Ich muß mich dringend behandeln lassen. Da ich schon ziemlich selbsterfahren bin und der Psychotherapiemarkt

¹ Original in: Familiendynamik 1985, 10: 292-293.

sehr ergiebig ist, habe ich mich gefragt, welches Verfahren ich wählen solle - oder soll ich mich mehr nach Personen orientieren?

Da ich mich nicht entscheiden konnte, habe ich über das Problem meditiert. Wie allgemein bekannt ist, fallen einem beim Meditieren ja die unmöglichsten Dinge ein. So auch mir. SIMON und SCHMIDT hatten doch von dem erschossenen Familientherapeuten berichtet: Meine Frau könnte mich doch erschießen - vielleicht würde ich es dann einsehen mit der Linealität? Ich fragte meine Frau, ob sie dazu bereit sei. Sie antwortete: „Ich liebe Dich nicht genug, um Dir mit einem Pistolenschuß die lineale Erleuchtung zu vermitteln!“.

Wieder war ich auf mich selbst zurückgeworfen und spürte die Einsamkeit des Unverstandenen - ich entschloß mich, erneut zu meditieren. Diesmal habe ich eine Lösung gefunden, die mich sofort überzeugte. Sie löst alle meine Probleme auf einen Schlag:

Ich erschieße mich lineal selbst!

Die Vorteile liegen auf der Hand:

1. Ich zwinge die Zwangsvorstellungen aus meinem Kopf.
2. Ich krieg's lineal in meinen Kopf.
3. Ich bin mächtiger als ich selbst.

Als ich aber weitermeditierte, fiel mir Van Morrison, ein von mir geliebter Rockpoet, ein. Er singt in einem seiner Lieder: „... **and the more you do it, it becomes a beautiful obsession** ...“. Diese Art der Obsession - Therapeutenlineal hin, Familienbrett her - ist mir, glaub' ich, doch lieber.

V. A P P E N D I X

Sie behauptet immer noch, es wäre der
heilige Geist gewesen !

Vorbemerkungen

Der Appendix gliedert sich in 5 Abschnitte:

1 BASISDATEN^{1, 2}

Die Basisdaten werden vom Therapeuten selbst bereits am Telefon erhoben. Sie stellen das erste grobe Raster für das Verständnis der Familie dar und dienen dazu, erste Suchrichtungen oder Hypothesen über die Selbstorganisation und das Selbstverständnis der Familie zu konstruieren. Es sollte möglich sein, aufgrund dieser Daten diejenige Personengruppe zu definieren, die das Problem trägt bzw. zur Aufrechterhaltung des Problems beiträgt. Wichtig erscheint mir der Hinweis, daß auch der Überweisungskontext und eventuell das weitere ökologische Feld der Problemgruppe mitbedacht wird.

Darüber hinaus können erste Mutmaßungen oder Spekulationen über die problemformenden Wirkungsmuster erstellt werden. Man sollte sich dabei immer bewußt sein, daß es sich dabei um Konstruktionen des therapeutischen Teams handelt, die lediglich dazu dienen, das erste Interview vorzuplanen. Bei diesen Konstruktionen sind die Therapeuten auf ihre persönliche und professionelle Erfahrung, ihr theoretisches Wissen und therapeutische Fertigkeit angewiesen.

2 INFORMATION FÜR KLIENTEN

Dabei handelt es sich um ein Informationsblatt, das im Institut für Familientherapie Marburg neben dem Einwegspiegel befestigt ist. Vor dem ersten Interview wird die Familie gebeten, diese Information zur Kenntnis zu nehmen.

3 CHECKLISTE ZUR ABFASSUNG EINES THERAPIEPROTOKOLLS³

Bei dieser Checkliste handelt es sich um eine verbesserte Version des Therapieprozeßbogens (vgl. Kapitel * öko *). Diese Checkliste erlaubt, ein Therapieprotokoll zu erstellen, das den systemischen Therapieprozeß vollständig wiedergibt, nämlich: Vorbereitung, Durchführung des Interviews, Teamkonsultation, Abschlußintervention und Nachbereitung. Die Checkliste

¹ Das Original wurde als Anhang des Aufsatzes „Beyond ...“ (vgl. das Kapitel * jenseits * in diesem Buch) veröffentlicht.

² Im Institut für Familientherapie Marburg existiert der Basisdatenbogen als „Maske“ für die „klinische Textverarbeitung“. Das heißt, daß der Platz, der für die jeweiligen Rubriken gebraucht wird (z.B. Anzahl der Kinder), vom Computer variabel gesteuert wird. Jede Klientenakte setzt sich aus **Basisdaten** und **Therapieprotokollen** (vgl. Punkt 2) zusammen. Diese liegen jeweils zur Vorbereitung einer Sitzung als Computer-Ausdruck vor.

³ Vgl. Fußnote 1; gilt für Checkliste entsprechend.

wurde so abgefaßt, daß die Beantwortung der Fragen zu jedem Punkt der Checkliste ein vollständiges Protokoll ergibt.

Die Abfassung eines solchen Protokolls ist relativ zeitaufwendig, wird jedoch durch den Nutzen, der bei Verwendung des Protokolls zur Vorbereitung einer Sitzung erzielt wird, entschädigt. Es hat sich darüber hinaus als günstig erwiesen, wenn Praktikanten oder Weiterbildungsteilnehmer, die die Verfahren der systemischen Therapie kennenlernen wollen, nach einer Einführung mit der Abfassung der Protokolle betraut werden.

4 CHECKLISTE ZUR ABFASSUNG VON SYSTEMISCHEN UTILISIERUNGEN⁴

Diese Checkliste erlaubt es dem Therapeuten, „systemische Utilisierungen“ zu konstruieren. Ich möchte darauf hinweisen, daß diese Checkliste als Leitfaden für erfahrene Therapeuten gedacht ist und nicht als „Strickmuster“ für Therapeuten, die noch keine Erfahrung in systemischer Therapie haben und sich in die Technik systemischer Verschreibungen einarbeiten wollen. Eine praktische und theoretische Einführung durch systemische Lehrtherapeuten ist auf jeden Fall sinnvoll.

5 CHECKLISTE ZUR ABFASSUNG EINER THERAPIEVERLAUFSBESCHREIBUNG

Diese Checkliste kann benutzt werden, wenn ein Fallbericht erstellt werden soll. Ich gehe davon aus, daß sich diejenigen Personen, die bei einer Fallbeschreibung die genannten Punkte beantworten können, ein **systemisches Verständnis** des Problems erarbeitet haben. So gesehen ist diese Checkliste auch dazu geeignet sein, eigenes Verständnis eines Therapiefalles zu überprüfen.

⁴ Das Original wurde als Anhang des Aufsatzes „Beyond ...“ (vgl. das Kapitel * jenseits * in diesem Buch) veröffentlicht.

BASISDATEN

überwiesen von hausarzt datum
kasse

I. ANRUFER

name geb(alt) beruf tel

adresse

anlaß des anrufs – aktuelles problem

II. WER WEISS VON DEM PROBLEM (aufzählen)

name geb(alt) beruf wohnort tel

III. MIT WEM SPRECHEN SIE ÜBER DAS PROBLEM (aufzählen)

name geb(alt) beruf wohnort tel

IV. PERSONEN, DIE MIT DEM PROBLEM VERTRAUT SIND UND IN DAS PROBLEM EINGREIFEN

name geb(alt) beruf wohnort tel

V. PARTNER

name geb(alt) beruf wohnort tel

adresse

beginn der partnerschaft ehe trennung scheidung kontakt

ehemaliger Partner geb(alt) ehe trennung scheidung kontakt

kinder aus dieser Partnerschaft alt

VI. KINDER

name geb(alt) beruf wohnort kontakt

VII. WEITERE LEBENS- oder WOHNPARTNER

name geb(alt) beruf wohnort tel kontakt

VIII. HAUSTIERE

FOLGENDE PUNKTE nur eintragen, soweit sie zu den unter VI. - VIII. genannten gehören

IX. ELTERN DES ANRUFERS

name geb(al)t beruf wohnort kontakt

X. ELTERN DES PARTNERS

name geb(al)t beruf wohnort kontakt

XI. GROSSELTERN DES ANRUFERS (soweit erforderlich)

name geb(al)t beruf wohnort kontakt

XII. GROSSELTERN DES PARTNERS (soweit erforderlich)

name geb(al)t beruf wohnort kontakt

XIII. GESCHWISTER DES ANRUFERS

name geb(al)t beruf wohnort kontakt

XIV. GESCHWISTER DES PARTNERS

name geb(al)t beruf wohnort kontakt

XV. BISHERIGE PSYCHOTHERAPEUTISCHE oder PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG

XVI. SONSTIGES

XVII. ABSCHLUSS DER THERAPIE AM SITZUNGEN

XVIII. ZAHL DER

XIX. BEWERTUNG

XX. NACHERHEBUNG AM

XXI. BEWERTUNG

I N F O R M A T I O N

SEHR GEEHRTE FAMILIE,
SEHR GEEHRTE KLIENTEN,

BEVOR WIR MIT DEM THERAPEUTISCHEN GESPRÄCH BEGINNEN, MÖCHTEN WIR SIE MIT UNSERER ARBEITSWEISE VERTRAUT MACHEN:

DIE MITARBEITER UNSERES INSTITUTS - DAS THERAPEUTISCHE TEAM - NEHMEN AN DEN THERAPEUTISCHEN SITZUNGEN HINTER DEM EINWEGSPIEGEL TEIL. DIE THERAPEUTIN / DER THERAPEUT UND DAS THERAPEUTISCHE TEAM BERATEN SICH GEGEN ENDE DER SITZUNG, UM IHRE PERSÖNLICHE WERTSCHÄTZUNG DURCH EIN AUSGEWOGENES VERSTÄNDNIS IHRER PROBLEME ERGÄNZEN UND IHNEN MÖGLICHT VIELFÄLTIGE LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN VORSCHLAGEN ZU KÖNNEN. SIE KÖNNEN VOM THERAPIERAUM HER DIESE BERATUNG MITHÖREN UND SEHEN.

SOLLTE IHNEN DER HINWEIS AUF DIE SCHWEIGEPFLICHT, AN DIE ALLE MITGLIEDER DES THERAPEUTISCHEN TEAMS GEBUNDEN SIND, NICHT GENÜGEN, UM EINE VERTRAUENSVOLLE BEZIEHUNG ZU UNSEREM TEAM HERZUSTELLEN, SO KÖNNEN SIE AUF IHREN WUNSCH HIN ALLE TEAMMITGLIEDER VOR DER 1. SITZUNG KENNENLERNEN, SIE KÖNNEN ABER AUCH SITZUNGEN OHNE DIE TEAMMITGLIEDER WÄHLEN. IN DIESEM FALLE GEHT DEM THERAPEUTEN UND IHNEN ALLERDINGS DIE WERTVOLLE HILFE ERFAHRENER KOLLEGEN VERLOREN.

AUF IHREN WUNSCH WERDEN DIE VIDEO-AUFZEICHNUNGEN WIEDER GELÖSCHT, NACHDEM SIE VOM THERAPEUTISCHEN TEAM DURCHGESEHEN UND THERAPEUTISCH BERATEN WURDEN.

DIE DAUER DER THERAPIE SOLL SO KURZ SEIN WIE MÖGLICH - NACH UNSERER ERFAHRUNG MINDESTENS 2 SITZUNGEN. FÜR DIE OBERE GRENZE DER SITZUNGSZAHL HABEN WIR EINEN RICHTWERT VON CA. 10 FESTGELEGT.

DIE SITZUNGEN FINDEN IM ABSTAND VON 2 - 6 WOCHEN STATT.

DIE GENANNTEN MASSNAHMEN DIENEN DER ABSTIMMUNG, ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN IHNEN UND UNS UND VOR ALLEM DER GEMEINSAMEN ENTWICKLUNG DER FÜR SIE BESTEN LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN.

WENN SIE FRAGEN ZU DEN GENANNTEN BEREICHEN HABEN, WENDEN SIE SICH BITTE AN IHRE THERAPEUTIN / IHREN THERAPEUTEN.

MIT VERANTWORTLICHEM Glauben


KLAUS G. DEISSLER PSYCHOTHERAPEUT, DIPL.-PSYCH.
LEITER DES INSTITUTS FÜR SYSTEMISCHE THERAPIESTUDIEN

04. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

a.) V e r n e t z u n g

(Wie soll sich der Therapeut auf die Familie beziehen? Gibt es besondere Hinweise, die ein spezifisches Vorgehen nützlich erscheinen lassen?)

*

b.) I n f o r m a t i o n s s c h ö p f u n g

(Welche groben Suchrichtungen werden festgelegt, welche Fragen ergeben sich aus den Hypothesen, welche Personen sollten befragt werden?)

*

c.) A b s c h l u ß i n t e r v e n t i o n

(Gibt es bereits vor der Stunde Interventionsmuster, die als Abschlußintervention dienen könnten?)

*

B. THERAPIEPROZESS

05. FORMELLE ANGABEN

a.) Datum

b.) Familienmitglieder
anwesend:

abwesend:

c.) Dauer der Sitzung
*

d.) Supervision / Aufzeichnung
video - audio - live (unterstreichen)

06. WIRKUNGEN, DIE DER THERAPEUTISCHEN INTERVENTION ODER DER INFORMATIONSERZEUGUNG DER LETZTEN SITZUNG ZUGESCHRIEBEN WERDEN (BEOBACHTET ODER BERICHTET)

a.) systemisch
*

b.) relational
*

c.) psychisch
*

d.) somatisch
*

07. ABSTIMMUNG DES THERAPEUTISCHEN SYSTEMS (FAMILIE / THERAPEUT)
WÄHREND DER SITZUNG

a.) systemisch
*

b.) relational
*

c.) psychisch
*

d.) somatisch
*

08. IM VERGLEICH ZU DEN GEPLANTEN THERAPEUTISCHEN MASSNAHMEN:
TATSÄCHLICH DURCHGEFÜHRTE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

a.) Vernetzung
(Wie hat sich der Therapeut tatsächlich der Familie angeschlossen, gibt es Besonderheiten?)
*

b.) Informationsschöpfung
(Welche Fragen hat der Therapeut tatsächlich an die Familie gestellt, an wen richtete er die Fragen und wie tat er das?
Was antworteten die Familienmitglieder darauf (sprachlich) und wie reagierten sie darauf (sonstiges Verhalten)?)
*

c.) Erzeugung von Information
(Welche signifikanten (außergewöhnlichen / erstmaligen) Wirkungen erzielte der Therapeut durch a.) und b.)?)
*

C. UNTERBRECHUNG DER SITZUNG

09. ZWISCHENBESPRECHUNG IM THERAPEUTISCHEN TEAM

a.) Dauer

*

b.) Übereinstimmungen / Unterschiede

(Wie konstruieren die Teammitglieder die systemischen, problemformenden Wirkungsmuster?)

*

c.) Intervention

- **keine Intervention** (Begründung)

- **nochmalige Exploration** in der nächsten Stunde (Begründung, welche Bereiche?)

- **mündlicher Kommentar** am Ende der Stunde mit oder ohne Aufgabe (kurze formale und inhaltliche Skizzierung)

- **schriftliche Intervention** (kurze inhaltliche und formale Skizzierung)

*

D. ENDE DER SITZUNG

10. BEENDIGUNG DER SITZUNG

- a.) **Abschlußintervention**
(Wurde Sitzung wie vom Team geplant vom Therapeuten beendet, nahm er entscheidende Veränderungen vor?)
*

- b.) **Neue Information**
(Evozierte die Abschlußintervention neue Erkenntnisse?)
*

- c.) **Akzeptanz der Intervention**
(Wie nahm die Familie allgemein die Abschlußintervention auf?)
*

11. NÄCHSTER TERMIN

- a.) **Datum**

- b.) **einbestellte Personen**

E. THERAPIENACHBEREITUNG

12. FEHLER UND SCHWIERIGKEITEN, DIE NACH ENDE DER SITZUNG AUFGEFALLEN SIND

*

13. ANTIZIPIERTE LANGFRISTIGE WIRKUNGEN DER INTERVENTION

a.) systemisch

*

b.) relational

*

c.) psychisch

*

d.) somatisch

*

14. VORBEREITENDE GEDANKEN ZUR PLANUNG DER NÄCHSTEN SITZUNG

a.) Neue Hypothesen

(Gibt es besondere nachträgliche Erkenntnisse, die im Laufe der Sitzung nicht beachtet wurden?)

*

b.) Neue Suchrichtungen

(Wie könnten die neuen Hypothesen in der nächsten Sitzung überprüft werden?)

*

c.) Neue Interventionen

(Wurden Interventionen für die nächste Sitzung konzipiert?)

*

CHECKLISTE für die Abfassung Systemischer Utilisierungen ¹

A. Phasen der Abfassung systemischer Utilisierungen

Die Formulierung systemischer Utilisierungen setzt voraus, daß die Therapeuten sich in den grundlegenden Prämissen systemischer Denkweise und Handlungsansätze auskennen.

Darüber hinaus kann es insbesondere zu Übungszwecken sinnvoll sein, folgende Phasen der Teambesprechung zu unterscheiden:

1. DIE KATHARTISCHE PHASE

In dieser Phase sollte es jedem Teammitglied erlaubt sein, seine Gefühle - seien sie negativer oder positiver Art - auszudrücken, auch wenn sie nichts zur Lösung des Problems beitragen. Auf diese Weise ist jedem Teammitglied ein Freiraum für erste Eindrücke über die Familie zugestanden. Wenn man die kathartische Phase als solche bezeichnet, kann man jedoch gleich den Stellenwert der Gefühlsäußerungen für die therapeutische Intervention ermessen.

2. DIE ANALYTISCHE PHASE

Diese Phase schließt direkt an die kathartische Phase an. Sie erlaubt dem Team analytische Elemente (Mosaiksteine) zusammenzutragen und neue tentative Hypothesen über das Problem zu entwickeln. Jedes Teammitglied kann seine Gedanken, Vermutungen, Konstruktionen des Problems usw. äußern.

3. DIE POSITIV-KONNOTATIVE PHASE

Die analytische Phase bringt es oft mit sich, daß die meisten analysierten Elemente des Problems durch die Personen, die sie äußern, negativ bewertet werden. Es ist oft erstaunlich festzustellen, welche Anstrengungen ein Team auf sich nehmen muß, um dem Problem positive Aspekte abzugewinnen. Allerdings sollte ernsthafte Problemfacetten auch in dieser Phase nicht beschönigt werden. Aber meist läßt sich eine positive Konnotation des Problems entwickeln, die insbesondere implizit die Kooperation der Familie evoziert und gleichzeitig Problemlösungen impliziert.

4. DIE SYSTEMISCHE PHASE

Erst nachdem das Team eine positive Sichtweise des gesamten Problemfeldes entwickelt hat, kann sie das systemische Niveau erreichen: In dieser Phase wird ein Verständnis, das auf einer Schau von zusammenhängenden Wirkungsmustern beruht, entwickelt. **Die problemformenden Wirkungsmuster** können vom therapeutischen Team, das sich als „teilnehmende ökologische Partner“ definiert, konstruiert werden. Das Team ist sich dabei bewußt, daß es „Wirklichkeit konstruiert“ und keine „objektive Realität“ beschreibt.

¹ Original im Anhang des Aufsatzes „Beyond ...“, vgl. Kapitel * jenseits *.

5. PLANUNG EINER INTERVENTION AUF BASIS DER SYSTEMISCHEN KONSTRUKTION DES PROBLEMS: SYSTEMISCHE UTILISIERUNG

In dieser Phase wird eine Utilisierung der problemformenden Wirkungsmuster vollzogen. Dabei interessiert das Team nicht die „Realität der Dinge“, sondern eben die - wie das schöne deutsche Wort es so präzise benennt - die Wirklichkeit, das was wirkt: Wirkungszusammenhänge, Wirkungsmuster, Beziehungsmuster, systemische Prozesse - wie immer man das benennen mag. Ein paar Hinweise zur Konstruktion systemischer Utilisierungen gibt der nächste Abschnitt.

B. Hinweise zur Entwicklung systemischer Utilisierungen

1. **Positive Konnotation und systemische Sichtweise** des Problems sind Voraussetzung für die systemische Utilisierung: Sie implizieren, daß die Familie ein Lösung des Problems finden wird.

2. **Neudefinition oder Neubestimmung der problemformenden Wirkungsmuster**

Das Ziel der Neudefinition besteht in der impliziten Eröffnung von Lösungsmöglichkeiten oder Optionen für die Familie.

Folgende Arten der Neudefinition können unterschieden werden:

- a. **Neubenennen** (Austausch von Etiketten, Umbenennen),
- b. **Neukontextualisieren** (hinsichtlich Personen, Raum, Zeit),
- c. **Neufunktionalisieren** (Zuweisung neuer Wirkungs- oder Bedeutungszusammenhänge).

3. **Utilisierung der problemformenden Wirkungsmuster**

a. **Lösungsorientierte Verschreibungen in Phasen einfacher Kooperation**

- einfache Verschreibung der problemformenden Wirkungsmuster so wie sie dem Therapeuten erscheinen
- Verschreiben einer Verschlimmerung der problemformenden Wirkungsmuster (hinsichtlich Häufigkeit, Dauer, Intensität)
- Verschreiben der problemformenden Wirkungsmuster durch Modifizieren des Kontext (vgl. 2.b., Personen, Raum, Zeit)
- Verschreiben der problemformenden Wirkungsmuster durch Aufspalten in Absicht und Wirkung
- Verschreiben der problemformenden Wirkungsmuster durch Aufspalten in verschiedenen Wirkungen
- Verschreiben neuer, ritualisierter, formaler Muster ohne Bindung an Inhalte

a. **Verschreibungen durch Behindern oder Rücknahme von Veränderung in Phasen inverser Kooperation**

- Betonen der negativen Konsequenzen der Veränderung
- Betonen der Vorteile des Beibehaltens der problemformenden Wirkungsmuster
- direktes Verhindern oder Verbieten von Veränderungen
- Voraussage oder Verschreibung eines Rückfalls
- Deklaration der therapeutischen Hilflosigkeit

- Rücknahme bereits erzielter Veränderungen
- Ankündigung einer Intervention, ohne jemals eine Intervention zu geben, so daß die Familie sich selbst eine Verschreibung gibt

c. Verschreibungen durch indirektes Utilisieren

- problembezogene Metaphern, die neue Optionen eröffnen (Witze, Sprichwörter, Geschichten)
- metaphorische (symbolische) Aufgaben (Aufgaben, die formale Analogien zum Problem aufweisen, jedoch Optionen eröffnen)
- in beliebige Kommunikation eingestreute direkte oder indirekte Vorschläge, die Lösungen ermöglichen
- indirekte Kommunikation über Strohmann, während eine andere Person gemeint ist
- Erzeugung von Konfusion, dann Anbieten sinnvoller Vorschläge, die dankbar aufgenommen werden, um die Konfusion zu mindern

d. Schriftliche Interventionen, die sich die Techniken a.–c. zunutze machen.

Die schriftlichen Interventionen haben folgende Vorteile:

- Sie zwingen zur präzisen Formulierung der therapeutischen Intervention.
- Die Familie kann die Intervention nicht sofort kommentieren. Damit wirkt die Intervention eher therapeutisch doppelbindend.
- Der Übungseffekt bei schriftlichen Interventionen ist höher: Sie zwingen eher zu Überlegungen, die die antizipierten Wirkungen der Intervention betreffen.

Schriftliche Interventionen haben aber auch ihre Tücken:

- Wurde darauf geachtet, daß die Wirkung der schriftlichen Intervention aufgehoben werden kann durch „Hausieren“ oder „Koalitionsbildung“ mit anderen psychosozialen Fachleuten gegen die Verfasser der „schriftlichen Intervention“?
- Sind schriftliche Gegeninterventionen zu erwarten?

C. Kriterien für die Prognose des Erfolgs von therapeutischen Utilisierungen

1. Haben sich das therapeutische Team und die Familie auf ihren korrespondierenden Ebenen ihrer Entwicklung getroffen (koevolutionäre Schnittstelle)?
2. Wurde die richtige Kontextweite der Familie gewählt?
3. Sind die problemformenden Wirkungsmuster präzise genug beschrieben worden?
4. Wie gut oder elegant ist es dem therapeutischen Team gelungen, die problemformenden Wirkungsmuster positiv zu konnotieren?
5. Wie gut ist es dem therapeutischen Team gelungen, eine lösungsimplicierende Neudefinition der problemformenden Wirkungsmuster zu formulieren.
6. Wie gut ist es dem therapeutischen Team gelungen,
 - a. die therapeutische Doppelbindung so zu konstruieren, daß keine andere als die positive Lösung möglich ist (diese Intervention erlaubt keinen Kommentar oder Verlassen des Feldes durch die problemtragende Gruppe); sie entspricht einem diskontinuierlichen Sprung
 - b. die therapeutische Doppelbindungen so zu gestalten, daß ein kontinuierliches Hinübergleiten zu neuen positiven Lösungsmöglichkeiten initiiert wird (dieses Vorgehen ist auf Kommentar, d.h. Rückmeldung durch die problemtragende Gruppe angewiesen).
7. Ist die Utilisierung nahe genug an der „Erkenntnistheorie der Familie über sich selbst“ angesiedelt, um von ihr akzeptiert zu werden?
8. Ist die Utilisierung weit genug weg von der „Erkenntnistheorie der Familie über sich selbst“ angesiedelt, um als neuartig und fachlich kompetent, d.h. Optionen eröffnend angesehen zu werden?

THERAPIEVERLAUFSBESCHREIBUNG

(tvb) Checkliste

1. Wer deklarierte das Problem?
2. Wie lautete das Problem?
 - kurze Skizzierung
 - Beginn
 - deklariertes Prozeßniveau
3. Gibt es einen Indexpatienten, wer war besonders interessiert das Problem zu lösen und wer litt am meisten unter dem Problem?
4. Welche Personen sind darüber hinaus am Problem beteiligt (Überweisende andere Fachleute, Therapeut, Familie (= problemtragende Gruppe))?
5. Wurde ein Zusammenhang hergestellt zwischen dem Problem und dem Entwicklungsstadium der Familie?
6. Welche Personen waren an der „Lösung des Problems“ beteiligt (= problemlösende Gruppe)?
7. Können Angaben zum Therapieverlauf gemacht werden?
 - Basisdaten und / oder Genogramm
 - Dauer der Therapie und Anzahl der Stunden
 - Besonderheiten bei der Durchführung der Interviews
 - Vernetzung zum therapeutischen System mit Besonderheiten
 - Definition des Problems
 - systemische Hypothesen über die problemaufrechterhaltende Wirkungsmuster
 - Angaben zur Form der Selbstorganisation der Familie
 - implizite oder explizite Therapieziele
 - angewandte therapeutische Strategien / Interventionen zur Auslösung der Systemtransformation
 - erreichte / nicht erreichte Therapieziele
 - Entflechtung des therapeutischen Systems mit Besonderheiten

 - Nacherhebung

 - (jeweils auf Protokolle mit Seitenangaben verweisen)
8. Welche Faktoren förderten / behinderten den Verlauf der Therapie?